Série 6. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 6.

DE LA

GASTRO-STOMIE

Dans les Rétrécissements de l'Œsophage

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1er Février 1884

PAR

M. Jean-Marie DAUSSE

Né à La Rochelle (Charente-Inférieure) le 9 Décembre 1858.

Examinateurs de la Thèse : MM. DENUCÉ, *Président.* — COYNE, *Professeur.* — DEMONS, LEFOUR, *Agreges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16
—
1884

Série 6. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 6.

DE LA

GASTRO-STOMIE

Dans les Rétrécissements de l'Œsophage

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1er Février 1884

PAR

M. Jean-Marie DAUSSE

Né à La Rochelle (Charente-Inférieure) le 9 Décembre 1858.

Examinateurs de la Thèse : MM. DENUCÉ, *Président.* — COYNE, *Professeur.* — DEMONS, LEFOUR, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16
1884

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		De FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS.
Clinique médicale		PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE.
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique		BADAL.

AGREGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. BOURSIER	MM. DUDON	MM. PÉRIER
RONDOT	LEFOUR	DEMONS	CARLES
ARTIGALAS	PIÉCHAUD	TESTUT	BLAREZ
LANDE	LAGRANGE	PLANTEAU	BERGONIÉ

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES.	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants	BITOT.
Maladies vénériennes	VENOT.
Maladies mentales	TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS — A MON BEAU-FRÈRE

Hommage de Reconnaissance et d'Amour

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR DENUCÉ

Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur de Clinique chirurgicale

Mon premier maître dans les hôpitaux de Bordeaux.

A MON MAITRE, M. LE DOCTEUR DEMONS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'hôpital Saint-André.

A M. LE PROFESSEUR LANELONGUE

A M. LE DOCTEUR BURGUET

Mes Chefs de service à l'hôpital Saint-André.

A M. LE DOCTEUR GERMAIN SEE

Professeur de Clinique interne à la Faculté de Médecine de Paris

Mon Chef de service à l'Hôtel-Dieu.

DE LA

GASTRO-STOMIE

Dans les Rétrécissements de l'Œsophage

INTRODUCTION

Mon père qui, atteint d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, nous donna le douloureux spectacle d'un être chéri mourant de faim, me fit promettre, quelque temps avant sa mort, de faire ma thèse de doctorat sur un sujet se rapportant à son épouvantable maladie.

Je le promis, et, considérant cette promesse comme sacrée, je m'efforçai, quelles que dussent être les difficultés de ma tâche, de trouver un sujet dont le développement pût être profitable et à la chirurgie et aux malheureux atteints de la triste infirmité qui les oblige, pour ainsi dire, si l'art n'y apporte un secours, à mourir lentement de faim.

L'œsophagotomie interne et externe a donné jusqu'à présent de bien tristes résultats. Quelques perfections qu'on ait apportées à l'œsophagotome, il me paraît toujours bien dangereux d'aller, à l'aveugle, inciser un conduit à parois si minces, quand on songe aux périls que

peut faire courir à l'opéré une incision dépassant d'un millimètre la limite qu'elle aurait dû observer.

Du reste, un exemple effrayant m'a frappé, et m'a prévenu, je crois, pour toujours contre cette opération (1).

L'œsophagotomie externe, moins périlleuse, n'est possible que si la lésion de l'œsophage ne siège pas plus bas que la partie inférieure du cou.

Or, bien souvent, le rétrécissement, quelle que soit sa nature, siège au niveau, ou bien peu au-dessus du cardia. Que faire dans ces cas?

Songera-t-on au cathétérisme?

« Personne ne songe aujourd'hui au cathéter porte-caustique, dit le Dr Lacour dans sa thèse inaugurale (Paris 1881); Paletta l'employait et obtint ainsi une mort rapide. Les anglais l'ont préconisé. En France cette méthode fut toujours rejetée. »

Le cathétérisme dilatateur est moins mauvais, et, grâce à lui, dans les rétrécissements cicatriciels, on a obtenu quelques succès. Mais, outre les dangers qu'offre cette méthode (on a vu le cathéter s'engager un peu partout : le cou, les plèvres, les médiastins, les poumons, les bronches, la trachée), souvent son emploi est impossible.

Le rétrécissement est parfois absolument infranchissable; dans une de nos observations, nous verrons qu'ayant eu quelque succès d'abord, il finit par n'apporter aucun soulagement. Si le rétrécissement est cancéreux, oh ! alors : *Remedium pejus malo.*

Devra-t-on donc, comme dit le Dr Lacour, se croiser les bras ?

Certes non, ce n'est pas mon avis, et je me propose de montrer que, sans avoir recours soit à l'œsophagotomie,

(1) Thèse du Dr Bidau. Bordeaux, 1882, observation 23.

soit au cathétérisme, sauf les cas rares où ce dernier procédé a été reconnu possible, facile et avantageux après un premier essai, le chirurgien n'est pas autorisé à rester inactif en présence d'un malade qui meurt de faim, par suite d'un rétrécissement de l'œsophage. Il doit songer à la gastro-stomie.

L'expérience en est faite actuellement, et il me sera facile, j'espère, en me fondant sur les faits et sur les résultats obtenus jusqu'à présent, de prouver que cette opération souvent, la seule possible, est la seule efficace. Je m'efforcerai également, toujours d'après les faits observés, de formuler ses indications et la marche qui me paraît la préférable à suivre dans l'exécution de cette opération.

Si, bien souvent, la gastro-stomie n'a pas été couronnée de succès, c'est, à mon humble avis, qu'elle a été pratiquée trop tard, quand le malade était presque mort d'inanition, qu'il n'avait plus la force suffisante pour supporter le traumatisme. Aussi je me propose d'insister beaucoup sur le moment de la période de la maladie auquel on devra opérer.

Qu'il me soit permis, en terminant cette Introduction, d'adresser mes remerciements à M. le professeur Bouchard, professeur d'anatomie à la Faculté, à M. le Dr A. Demons, qui ont bien voulu m'aider de leurs conseils dans mon travail; à MM. les Drs Poinsot et Troquart, qui ont eu l'obligeance de mettre leur bibliothèque à ma disposition; à M. le Dr Pujos, qui m'a autorisé à puiser dans la Bibliothèque de la Société de Médecine de Bordeaux; à M. Künstler, professeur d'allemand au lycée, et à M. Viéron, étudiant en médecine, qui ont bien voulu l'un et l'autre m'aider de leur science pour la traduction des ouvrages allemands.

HISTORIQUE

L'histoire de la gastro-stomie resta inconnue jusqu'en 1879, époque à laquelle parut le travail du Dr Henri Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de Médecine de Paris (1). Dans ce travail, œuvre remarquable d'érudition, sont réunis tous les documents relatifs à la gastro-stomie jusqu'en 1879 inclusivement. Aussi croyons-nous inutile de nous étendre longuement sur cet historique. Nous nous contenterons de puiser dans le travail de M. Petit et de rappeler en quelques lignes l'origine de l'opération qui nous occupe et les diverses phases qu'elle parcourut. Ce fut Egeberg, chirurgien norwégien militaire, qui le premier en eut l'idée. Il connaissait sans doute, comme le dit dans sa thèse le Dr Muselli (2), la célèbre observation du Canadien à la fistule de l'estomac, rapportée par Beaumont, et il pensa avec raison que l'estomac n'était donc pas ce *noli me tangere* des anciens, et qu'on pourrait user, dans un cas pathologique, de l'expérience qu'un accident avait procurée.

Frappé de l'impuissance du chirurgien en face des rétrécissements de l'œsophage, Egeberg écrivait un jour

(1) *Traité de la gastro-stomie*, Dr Henri Petit. Paris, 1879.

(2) *De la fistule gastrique*, Dr Muselli. Thèse de Bordeaux, 1881.

dans un rapport à la Société Médicale de Christiania : « La question du traitement des rétrécissements de l'œsophage me paraît comporter une seconde solution : on pourrait ouvrir une voie vers la cavité de l'estomac, soit pour injecter une quantité convenable d'aliments, soit pour attaquer les rétrécissements par leur partie inférieure. » Ce chirurgien proposa même un procédé opératoire, et discuta à fond l'opération qu'il proposait.

Puis parut un mémoire de Watson, chirurgien américain, sur la gastro-stomie.

Dans le tome VI du *Compendium* de Monneret et Fleury se trouve une phrase incidente qui propose la gastro-stomie. C'est en 1846 que parurent les deux mémoires de Sédillot sur cette question à peine ébauchée jusqu'alors. La réponse à ces deux mémoires fut une protestation énergique de Gendron.

En 1847, la *Lancette française* publia un article du Dr Pétel, de Cateau-Cambrésis, intitulé : *De la gastro stomie; appréciation de cette opération.* L'auteur, après diverses considérations, propose un manuel opératoire impossible dans trop de cas pour être jamais proposé.

Le Dr Muselli publie un passage entier de cet article. Nous ne pouvons résister au désir de le transcrire, tant y sont décrites avec cœur et réalité les angoisses du malade atteint de rétrécissement de l'œsophage, et la pénible situation du médecin impuissant en face de ce malheureux : « Il y a trois ans, j'étais chaque jour en présence d'une » infortunée atteinte de squirre de l'œsophage ; elle en était » venue à ne pouvoir plus avaler que quelques gouttes » d'eau et avec beaucoup de difficulté. Cette malade con- » servait, comme cela arrive malheureusement toujours, » toute l'activité de son intelligence ; elle calculait froide- » ment la funeste fin qui l'attendait si l'art ne venait pas à

» son secours; ses yeux inquiets et profondément scruta-
» teurs restaient invariablement fixés sur les miens; elle
» semblait redouter d'y trouver un arrêt de mort. La crainte
» dont elle était justement saisie lui centuplait son courage;
» elle se mettait à ma disposition et ne redoutait aucune
» opération, si dangereuse qu'elle dût être, pourvu qu'elle
» pût recevoir dans l'estomac des aliments et des boissons.
» Dans ces tristes conjonctures, comme médecin, je mau-
» dissais mon impuissance, et je reconnaissais toute
» l'impossibilité qu'il y avait à donner des espérances que
» ces malades n'acceptent jamais. »

La Société Médicale de Douai, consultée par Pétel sur l'opportunité de la gastro-stomie dans ce cas, donna un avis défavorable, et la malade dut mourir de faim. Ce n'est qu'en 1849, le 13 décembre, que grâce à Sédillot, la gastro-stomie passe de l'état de conception de l'imagination des chirurgiens dans la pratique. Sédillot, surnommé en Allemagne le père de la gastro-stomie, pratiqua cette opération deux fois.

Après lui Fenger, Nélaton, Cooper Forster, Sydney Jones, Thomas Bryant, que nous aurons l'occasion de citer plusieurs fois, la pratiquèrent.

En 1872, M. Petit relate 12 observations.

Jusqu'en 1876, il y eut quelques cas isolés. Mais alors M. Labbé fit la gastro-stomie pour extraction d'un corps étranger de l'estomac; c'est la fameuse histoire de l'homme à la fourchette. Après lui, M. Verneuil, le 26 juillet 1876, fit la même opération pour un rétrécissement cicatriciel, et obtint un succès complet. Le fait est d'autant plus remarquable que, jusqu'à cette époque, il y eut 31 opérés et 31 morts.

M. Labbé et après lui M. Verneuil avaient perfectionné le procédé opératoire, et, grâce à ce procédé, la gastro-

stomie devint une opération possible et qui allait donner d'heureux résultats. En effet, par les procédés autres que celui de Verneuil, on a obtenu 3 succès sur 35 opérés ; par celui de Verneuil, 4 succès sur 6 opérés.

Qu'il nous soit permis, après cet abrégé de M. Petit, de lui emprunter les conclusions de son historique. Car, pour éviter de recommencer un travail fait d'une façon si complète, nos recherches n'ont dû commencer qu'en 1879.

« La gastro-stomie, dont le nom a été créé par Sédillot » en 1847, avait été proposée pour remédier aux rétrécis- » sements infranchissables de l'œsophage, en 1837 par » Egeberg (Norwège), en 1843 par Pétel (France), en 1844 » par Watson (Amérique). Pratiquée dans un but expéri- » mental, en 1841, par Blondlot, sur des animaux, elle ne » le fut pour la première fois chez l'homme qu'en 1849 » par Sédillot, mais sans succès.

» Depuis, elle fut pratiquée cinq fois encore en France » (soit six fois dans ce pays), vingt-une fois en Angleterre, » cinq fois en Allemagne, deux fois en Amérique, deux » fois en Danemark, deux fois en Suisse, deux fois en » Norwège et une fois, croyons-nous, en Australie (cas de » Fox). En tout, 41 fois.

» Le succès n'a couronné que la 29^{me} tentative (3^{me} de » Sydney Jones), en 1875.

» En 1876, M. Verneuil, modifiant et améliorant la » méthode, obtenait un succès qui s'est répété trois fois » depuis, sur les cinq cas où l'on a suivi le *modus agendi* » de cet éminent chirurgien.

» En somme, par les divers procédés autres que celui » de M. Verneuil, on a obtenu 3 succès sur 35 opérations. » Par celui de M. Verneuil, l'opération, pratiquée 6 fois, a » donné 4 succès. Ces chiffres ont leur éloquence.

» Ces 41 opérations se répartissent ainsi : 31 pour cancer

» de l'œsophage, 8 pour rétrécissement cicatriciel, 2 pour » rétrécissement syphilitique.

» Des cancéreux, 30 sont morts :

Dans les 24 heures qui ont suivi l'opération			.....	6
—	36	—	—	5
—	48	—	—	3
—	60	—	—	3
Au	3me jour	—	—	1
—	4me	—	—	1
—	5me	—	—	1
—	6me	—	—	2
—	8me	—	—	1
—	10me	—	—	2
—	12me	—	—	1
—	14me	—	—	1
—	26me	—	—	1
—	40me	—	—	1
Au bout de 3 mois		—	—	1

» Le dernier opéré est encore vivant, après plus de cinq » mois. Des opérés pour rétrécissement cicatriciel, 1 est » mort au bout de 25 heures, 1 après 60 heures, 1 au 3me » jour, 1 au 4me, 1 au 28me, 1 a survécu 20 mois, et nous ne » savons ce que le dernier est devenu (cas de Tredelem- » burg).

» Des 2 syphilitiques, l'un est mort au bout de 14 heures, » l'autre au 6me jour.

» Tel est le bilan actuel de la gastro-stomie (avril 1879). »

Depuis cette époque, les cas de gastro-stomie se sont multipliés. Les succès sont devenus de plus en plus nombreux. On a apporté à cette opération des modifications importantes.

Nous allons suivre pas à pas ces progrès et nous efforcer d'en tirer des conclusions pratiques.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous ferons comme nos prédécesseurs qui ont traité notre sujet, en considérant dans le manuel opératoire trois temps :

1° Actes anté-opératoires;

2° Opération elle-même;

3° Actes post-opératoires.

1° Au premier rang des actes anté-opératoires, nous plaçons l'anesthésie. Dans tous les cas que nous avons recueillis, à l'exception d'un seul (Gritti de Milan), elle a été employée. Les Anglais ont employé soit le chloroforme pur, soit un mélange de chloroforme et d'éther, soit même, comme M. Whitehead Reid, du bi-chlorure de méthylène.

L'anesthésie générale est-elle utile? Peut-elle présenter des inconvénients?

Oui, elle est utile. Il importe, pour une opération aussi délicate que la gastro-stomie, que le chirurgien soit maître de son malade et que celui-ci ne fasse aucun mouvement. On comprend, en effet, que les rapports des organes internes ne doivent pas être modifiés; l'incision doit être faite dans un endroit précis et ne pas dépasser la limite qu'on veut lui assigner. Or, si le malade n'est pas endormi, trouvera-t-on beaucoup d'opérés assez stoïques, disons mieux, assez héroïques, pour résister à une opération qui

peut durer une heure et plus sans gémir, sans crier, et même sans se débattre, ce qui gênerait beaucoup l'opérateur? Nous ne croyons pas qu'on rencontre beaucoup de sujets aussi courageux qu'un homme que nous vîmes opérer à l'hôpital Necker, par le professeur Guyon. Ce chirurgien lui enlevait une tumeur de l'aisselle, à cheval sur les vaisseaux axillaires. Il refusa d'être endormi et ne broncha pas pendant l'opération, qui dura plus d'une demi-heure.

En outre de ces raisons, la question d'humanité doit engager le chirurgien à endormir son opéré.

L'anesthésie a-t-elle des inconvénients? Et d'abord, nous nous rangeons de l'avis de l'éminent chirurgien de Paris, qui récemment, dans une discussion à l'Académie de Médecine, disait : « Le chloroforme bien employé n'a jamais d'inconvénients. » Dans l'opération qui nous occupe, l'anesthésie générale peut trouver sa contre-indication dans l'état de faiblesse du malade. Il faut cependant pour cela qu'il soit déjà bien bas, et presque dans le collapsus résultant d'une inanition prolongée, auquel cas on aurait à craindre une syncope fatale.

Nous dirons plus loin que, dans ce cas, c'est non-seulement l'anesthésie, mais aussi la gastro-stomie que nous repoussons.

On voit souvent le chloroforme causer des vomissements. Dans l'observation LXXXV, nous verrons que le bi-chlorure de méthylène a causé le même accident. Mais nous croyons que le chloroforme pur ne laisse pas ces souvenirs; et, du reste, le malade vomirait-il après l'opération, si on adopte le mode d'opération à deux temps, l'inconvénient est assez léger. On devrait néanmoins avoir alors recours aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine pour calmer ces vomissements.

Oh ! si on emploie la méthode de gastro-stomie à un temps, si on introduit de suite des aliments dans l'estomac, le danger devient sérieux ; car les liquides que contient l'estomac peuvent s'en échapper par la fistule ; les sutures, si bien faites qu'elles soient, l'affrontement des surfaces péritonéales, si exact qu'il ait été pratiqué, peuvent laisser à ces liquides une voie ouverte vers la cavité péritonéale, d'où péritonite mortelle. C'est, du reste, une des raisons qui nous feront opter pour la méthode à deux temps.

Si le malade a des complications pulmonaires graves, l'anesthésie peut être fatale. Mais aussi, n'est-on pas autorisé, dans ces cas presque désespérés, à repousser l'opération elle-même ? Ne vaut-il pas mieux abandonner le malade à son triste sort, que hâter sa fin ? Si les lésions pulmonaires sont peu avancées, nous ne pensons pas que l'anesthésie soit dangereuse. En tous les cas, l'anesthésie générale doit être préférée à l'anesthésie locale, qui, à cause de son peu de durée, et du peu de profondeur des parties qu'elle insensibilise, doit être rejetée.

Au second rang des actes anté-opérations, nous plaçons les soins de propreté du champ de l'opération.

Partisan acharné du procédé de Lister, nous croyons qu'il importe beaucoup que le malade entier soit lavé dans un bain avant l'opération et qu'on lave exactement l'abdomen avec de l'eau phéniquée au cinquantième. Les instruments, les éponges, les mains des aides et de l'opérateur, devront être phéniques. Si on ne projette pas le spray phéniqué sur la plaie elle-même, il faudra au moins opérer au milieu d'un nuage de vapeur phéniquée.

Parmi les actes anté-opératoires, il convient encore de signaler les moyens employés par Jacobi, Studsgaard, Schönborn, pour dilater l'estomac et le rendre immédiatement sous-jacent à la paroi abdominale.

Jacobi et Studsgaard avaient introduit dans l'estomac une sonde fine, à travers laquelle ils injectèrent une solution de bi-carbonate de soude et une solution d'acide tartrique. C'était faire de l'estomac une fabrique d'eau de Seltz. Ce procédé échoua.

Schœnborn tenta, par une sonde fine, d'insuffler de l'air dans l'estomac. Ce moyen réussit en partie. Mais, outre que pour agir ainsi il faut avoir à faire à des rétrécissements franchissables, ces artifices nous paraissent peu utiles. Aussi ne les conseillerons-nous pas.

Nous arrivons à l'opération elle-même.

Dans ce paragraphe, nous aurons plusieurs points à examiner : le siège de l'incision abdominale, son étendue, la recherche de l'estomac, la façon dont il doit être fixé à l'abdomen, le moment où il doit être incisé et le mode de cette incision. Le siège de l'incision est de la plus grande importance, car il s'agit évidemment de tomber le plus directement possible sur l'estomac et de l'atteindre dans sa portion la plus favorable. Or, quelle est cette portion? Sédillot cherchait à éviter le plus possible le tiraillement de l'estomac et la gêne de ses mouvements, en éloignant autant qu'il le pouvait la fistule de ses deux orifices ; pour cela, il voulait la placer sur la face antérieure, à l'union des portions pylorique et cardiaque.

Le Dr Larger (1) dit que le procédé de Sédillot, bon comme opératoire, est mauvais au point de vue fonctionnel. Il faudrait, au point de vue purement physiologique, choisir, si on le pouvait, la portion cardiaque, afin de ne pas gêner les mouvements de l'estomac dans la digestion. Mais presque toujours l'estomac est fortement rétracté, et alors cette portion est profondément située ; il faudrait exercer

(1) Thèse de Strasbourg, 4 janvier 1870.

de forts tiraillements pour l'amener et la fixer à l'ouverture abdominale. Dans une de nos observations, due à M. Thomas Whitehead Reid, nous voyons que la portion d'estomac saisie, et sur laquelle fut placée la fistule, appartenait à la petite courbure, juste au-dessous de l'œsophage. La malade guérit. Mais l'observation ne nous indique pas où fut faite l'incision cutanée.

Dans toutes les observations où on a indiqué et le siège de l'incision abdominale et le siège de la fistule stomacale, nous voyons que cette dernière siège toujours au niveau de la grande courbure, plus près du pylore que du cardia. Pour atteindre cette portion de la paroi stomacale, l'incision cutanée a été faite à peu près suivant le procédé indiqué par M. Verneuil, c'est-à-dire, une incision parallèle au bord inférieur du cartilage de la huitième côte, et à 2 centimètres environ au-dessous de ce bord.

Le chirurgien Howse, de *Guy's Hospital*, professe que la meilleure incision doit suivre une ligne oblique de trois pouces et demi de long à un pouce au-dessous du bord gauche des côtes.

Nous trouvons dans la *Presse Médicale de Vienne* (1882, nos 15, 19) des préceptes ainsi formulés par Maydl :

« Il faut faire l'incision entre le lobe gauche du foie et » l'arcade des côtes gauches. Si l'espace est assez grand, » le chirurgien fait une incision de 5 centimètres, éloignée » du bord de la côte d'un centimètre, parallèle à celle-ci, » et commençant quelque peu sur le lobe gauche du foie, » de telle façon que celui-ci, après l'ouverture de la cavité » abdominale, soit visible dans le coin supérieur de la » blessure. Moins on a d'espace, plus profondément et plus » loin à gauche on doit faire l'incision. Si le foie s'avance » au-dessus de la moitié de l'arc gauche de la côte, le » chirurgien doit faire une incision horizontale répondant

» à peu près au bord du foie, et repousser le foie à droite » et en haut. »

Ce mode d'incision, conseillé par le chirurgien autrichien, concorde avec la conduite qu'a tenue M. Tillaux dans sa gastro-stomie, et qui lui a été dictée par les recherches de M. Charles Labbé.

En effet, dit M. Tillaux, M. Charles Labbé a conclu de ses recherches que le bord convexe de l'estomac ne remonte jamais plus haut que la ligne fictive qui unit les extrémités des cartilages des neuvièmes côtes; que toujours on rencontre l'estomac derrière la paroi abdominale, dans un triangle formé par la ligne en question, le rebord gauche des fausses côtes et le bord antérieur du foie.

Sédillot proposait une incision cruciale au-dessus de l'ombilic, sur la gaîne du grand droit; il introduisait le doigt dans l'abdomen et, se guidant sur le foie, allait à la recherche de l'estomac, sur lequel il fallait exercer de fortes tractions pour l'amener à l'extérieur.

Si, au contraire, on agit dans l'aire du triangle que je viens de mentionner, on est sûr de tomber sur la face antérieure de l'organe, et on peut procéder à la suture sans aucun tiraillement. La meilleure ligne d'incision a été indiquée également par M. Charles Labbé : c'est une ligne de 5 à 6 centimètres menée à 2 centimètres du bord des fausses côtes gauches parallèlement à ce bord, commençant au niveau de la ligne d'union des neuvièmes cartilages et remontant vers l'appendice xyphoïde.

Telle est donc l'incision que nous adopterions; c'est, du reste, nous le répétons, le procédé du professeur Verneuil, et qui paraît avoir donné les meilleurs résultats.

Quant à la dimension de l'incision cutanée, elle peut varier, croyons-nous, sans danger. L'incision de 5 à 6 centimètres paraît suffisante; mais si le chirurgien se

trouvait gêné dans la recherche de l'estomac, il pourrait l'agrandir sans danger. Sans quoi l'opération est plus laborieuse, plus longue, et le malade ne peut en être que plus exposé à la péritonite. M. le Dr Demons n'a pas craint d'agrandir son incision d'environ 2 centimètres; M. Lefort l'a agrandie de 1 centimètre 1/2. Nous sommes donc d'avis que l'opérateur ne se croie pas obligé à se laisser gêner par la petite dimension de son incision cutanée. Le péritoine lui-même peut être ouvert dans la même étendue. Il vaut mieux l'inciser franchement que malaxer ses bords et s'exposer ainsi à la péritonite.

On ne devra inciser les muscles que couche par couche et lentement, et cela afin de voir plus facilement les artérioles qui pourraient donner du sang. Il faudra alors les tordre ou bien les lier avec des fils de catgut, et bien veiller, avant d'ouvrir le péritoine, à ce que l'hémostase soit parfaitement faite. Cette précaution est de la première importance.

Si on suit la ligne d'incision que M. Charles Labbé recommande, on tombera sur l'estomac, qu'on reconnaîtra à la couleur gris-mat de sa face antérieure. On pourra même reconnaître l'artère gastro-épiploïque qui indiquera qu'on est sur la grande courbure. Il faudra alors saisir la portion d'estomac visible avec des pinces, ou mieux avec un crochet, comme l'a fait M. Tillaux, et l'attirer à l'extérieur. A l'exemple du professeur Buchanan de Glascow, et de M. Tillaux, on pourra avec avantage, dès qu'on aura attiré une portion de l'estomac à l'extérieur, la fixer au moyen de deux longues aiguilles situées à un centimètre et demi environ l'une de l'autre, enfoncées dans la paroi abdominale de dehors en dedans, puis de part en part dans l'estomac, puis dans l'autre bord de la plaie abdominale de dedans en dehors. L'estomac ayant été

ainsi solidement fixé, on pourra plus à son aise poser les sutures. Il est de la plus grande importance à ce moment de l'opération, d'affronter exactement les feuillets du péritoine pariétal et du péritoine viscéral.

Pour pratiquer plus aisément cette manœuvre, nous suivrions volontiers l'exemple de M. Le Fort.

Ce chirurgien, avant d'inciser le péritoine pariétal, avait eu la précaution d'enfoncer de chaque côté du siège de l'incision un fil qui fut laissé en place, et qui devait faciliter la recherche de cette séreuse au moment des sutures. En effet, M. Le Fort dit s'être trouvé fort bien de cet artifice. Les sutures devront être placées fort près à près, afin de ne laisser aux liquides qui pourraient s'écouler, soit de l'estomac, soit des bords de la plaie, aucun passage vers la cavité péritonéale. D'après M. Bryant et d'après Langenbuck, il vaut mieux ne traverser avec les fils à suture que les tuniques musculaire et séreuse de l'estomac, afin de respecter la tunique muqueuse. Ce procédé nous paraît propre à éviter l'inflammation de l'estomac qui va être soumis à une si rude épreuve; puis le fil traversera le péritoine pariétal et toute la couche musculaire abdominale. De préférence, on emploiera pour ces sutures des fils d'argent.

Certains chirurgiens ont craint que l'estomac n'éprouvât une tendance à revenir à sa place primitive et n'exerçât, par suite, une trop forte traction sur les sutures. Aussi a-t-on parfois passé deux fils de sûreté à travers toute l'épaisseur abdominale et stomacale; on les liait au-dessus de la plaie, et on ne les enlevait que lorsqu'on était parfaitement certain que la réunion était parfaite.

Langenbuck (1) ne croit pas cette précaution utile, et

(1) *Centralblatt für Chirurgie*, 1881, p. 697

dit à ce sujet que la suture de l'estomac aux parois abdominales doit se faire, de telle sorte que les fils ne passent pas à travers toute l'épaisseur de la paroi de l'estomac, mais seulement à travers les deux membranes extérieures. Le fil doit être en soie non tordue, mais tressée; si on le fait passer le plus profondément possible, environ à 1 centimètre de profondeur dans la couche musculaire de l'estomac, et si on fait le plus de sutures possibles, cela suffit parfaitement pour fixer ce viscère. Si cependant, pour une raison quelconque, le besoin d'une garantie extraordinaire se faisait sentir contre l'échappement de l'estomac, Langenbuck recommande, après avoir terminé les sutures, de passer à travers les parois abdominale et stomacale un fort fil de soie bien désinfecté, et d'en nouer les bouts sur un cylindre de gaze phéniquée posé sur la plaie, et de placer par-dessus le pansement de Lister.

Nous arrivons à un moment de l'opération qui nous paraît fort important et sur lequel nous croyons que le Dr Petit n'a pas assez insisté : nous voulons parler du moment auquel l'estomac doit être ouvert.

Ce fut Nélaton le premier qui, dans son article *Gastrostomie* des *Eléments de pathologie chirurgicale*, proposa le procédé à deux temps. Il dit qu'on doit faire à la paroi abdominale une incision de trois à quatre centimètres, y engager l'estomac, le fixer d'abord par deux points de suture faits aux deux extrémités de la plaie, puis en faire d'autres qui traverseraient la peau et l'estomac. On établirait la fistule, dit-il, quand les adhérences seraient assez solides.

Nous ne retenons de son procédé que la dernière partie.

Ce fut M. Heath (Obs. XXXI, Dr Petit) (1) qui le premier

(1) *The Lancet*, 14 octobre 1882.

essaya ce procédé. Mais son malade mourut le lendemain du premier temps de l'opération, avant que l'estomac eût été ouvert. Ce procédé fut remis en honneur en Angleterre par M. Howse, chirurgien de Guy's Hospital. Les chirurgiens anglais attachent la plus grande importance à ce procédé, et M. Bryant ne craint pas de lui attribuer la plus grande part dans les succès qu'il a obtenus. Il dit que quelquefois la réunion des parties affrontées a lieu le troisième jour; mais, le plus souvent, il faut attendre au huitième jour.

Langenbuck plaide résolument aussi pour le procédé de gastro-stomie à deux temps. Il ajoute cependant que si, avant que l'estomac se soit solidement réuni à la paroi abdominale, le malade menace de mourir de faim, il conseille d'injecter au moyen d'un troquart fin de la nourriture liquide dans l'estomac; ou bien, ajoute-t-il, comme avec le pansement antiseptique la cicatrisation ne se fait que très lentement, on pourra, après deux jours environ et lorsque une légère réunion se sera déjà faite, et que le plus grand danger sera passé, abandonner le pansement antiseptique et adopter un pansement irritant avec une légère solution de chlorure de zinc ou du vin camphré.

Examinons donc quels peuvent être d'un côté les inconvénients ou les avantages de l'ouverture immédiate de l'estomac, et de l'autre les inconvénients ou les avantages de l'ouverture tardive du viscère.

Les diverses autopsies d'opérés de gastro-stomie ont montré que la réunion ne commence guère à se faire d'une façon réelle avant le troisième jour, et qu'elle n'est solide qu'à partir du septième jour.

Or, si on adopte le procédé à deux temps, il y a tout avantage à n'ouvrir l'estomac que lorsque l'adhérence des parties est complète. D'autre part, il est certain que si on

pratique la gastro-stomie chez un sujet déjà considérablement affaibli et émacié, qui n'a pris aucun aliment depuis un nombre plus ou moins grand de jours, ce serait s'exposer à un insuccès certain que d'attendre plusieurs jours encore avant de le nourrir. Tel est le principal argument contre le procédé à deux temps.

Si, au contraire, on pratique l'opération lorsque le sujet est encore vigoureux, et dès que le passage des aliments liquides à travers le rétrécissement devient impossible, le malade, soutenu par des lavements nutritifs, ne pourra-t-il pas attendre cinq ou six jours avant qu'on commence à le nourrir par l'estomac? Nous ne parlons pas de la proposition que fait Langenbuck d'introduire des aliments dans l'estomac par un troquart. Ce moyen a été également proposé par une lettre signée seulement d'initiales au directeur de *The Lancet* à la fin de 1881.

Ce procédé n'a pas été employé, que nous sachions, et nous ignorons quelle valeur il peut avoir.

Plusieurs arguments s'élèvent contre la gastro-stomie en un temps.

Le Dr Muselli, d'après les expériences du professeur Oré et d'après les siennes propres, dit que, chez les animaux, la fistule en deux temps amène moins de réaction fébrile que la fistule en un temps.

Nous croyons que cet argument a sa valeur. Car l'opéré est toujours affaibli par sa maladie et la privation de nourriture à laquelle il a été obligé. Ne sera-t-il pas bon de lui éviter un fort traumatisme?

De plus, les expériences et l'observation ont montré qu'au moment de la digestion, l'estomac est agité de mouvements.

Schœnborn dit avoir observé par la plaie des mouvements péristaltiques. Nous croyons donc que si on force

l'estomac à la digestion avant que ses adhérences soient solides, il pourra exercer des tiraillements sur les sutures et par suite sur le péritoine. On verra alors la réunion des parties retardée; on sera exposé à voir se produire une péritonite.

D'un autre côté, comme nous le disons plus haut, les efforts de vomissements qui souvent suivent l'anesthésie peuvent amener l'expulsion de l'estomac des aliments qu'on y a introduits. Certaines parcelles de ces aliments peuvent passer dans le péritoine à travers les points de suture. Le résultat de l'opération sera fatal.

Aussi, comme conclusion, dirons-nous : Opérez le plus tôt possible, afin de pouvoir, sans danger, attendre la réunion des parties affrontées pour inciser l'estomac et nourrir votre malade. Mais comme de deux maux il faut chercher le moindre, ne laissez pas votre malade mourir de faim, sous prétexte d'éviter des dangers qui ne sont qu'aléatoires.

Quelle devra être la dimension de l'incision de la paroi stomacale? Nous dirons avec le Dr Petit :

« La donnée étant celle-ci : faire une ouverture assez » grande pour faciliter l'introduction des aliments liquides » ou demi-liquides, mais assez petite pour s'opposer à » leur issue en dehors, il faut qu'elle puisse recevoir et » retenir une sonde ou une canule de dimensions assez » restreintes. »

M. Bryant recommande une incision excessivement petite, une simple ponction avec un *tenotomy knife*. C'est le procédé qu'emploient tous les chirurgiens anglais.

M. Bryant assure que, grâce à cette petite incision, il peut introduire dans l'estomac une sonde nº 12, qu'il retire après avoir injecté la nourriture.

Les bords de l'ouverture, ajoute-t-il, reviennent sur

eux-mêmes et s'opposent à la sortie des liquides de l'estomac. Nous pensons, en effet, qu'on doit avoir tout avantage à faire l'incision aussi petite que possible. L'élasticité des parois stomacales doit suffire pour faire revenir les bords de l'ouverture sur eux-mêmes. Ce procédé sera plus avantageux que les grandes ouvertures, pour lesquelles l'imagination des chirurgiens a dû inventer des apprreils variés, afin de les obstruer (cas de MM. Schœnborn, Lanelongue (de Bordeaux), Langenbech).

Parmi les actes post-opératoires, il convient de placer le pansement et l'alimentation.

Si la gastro-stomie a été pratiquée suivant la méthode à deux temps, le pansement de Lister sera mis en usage. Si on a employé le procédé à un temps, on maintiendra la sonde dans l'ouverture stomacale, d'après la méthode suivante. Il ne faudra pas trop l'enfoncer dans l'estomac afin d'éviter qu'elle vienne frotter et irriter la muqueuse de l'organe. Son extrémité libre à l'intérieur ne mesurera pas plus de deux centimètres. Les mouvements péristaltiques de l'estomac pouvant l'entraîner dans le duodénum, on aura la précaution de la transpercer à 2 centimètres de son extrémité, par une longue aiguille dont les deux extrémités viendront s'appuyer sur la paroi abdominale, de chaque côté de l'ouverture,

Un tampon de ouate salicylée, ou phéniquée ou boriquée sera mis par dessus et maintenu en place par un bandage de corps.

Si on a ouvert l'estomac immédiatement, il faudra de suite nourrir son malade. Du lait, du rhum, du champagne, conviendront pour le début. L'important, dans ces cas, étant de soutenir son opéré, nous ne voyons aucun avantage à différer sa nourriture, comme l'a fait M. Le Fort. Aussi, ce chirurgien avoue-t-il vivement regretter de ne

pas avoir injecté du champagne dans l'estomac dès après l'opération; car le lendemain le malade était mort de faiblesse.

L'alimentation devra aller progressivement en quantité et en qualité nutritive. Au bout de huit jours, on pourra injecter dans l'estomac, comme le recommande M. Michel Lévy, dans sa lettre à M. X. Verneuil (1), des œufs liquides légèrement chauffés au bain-marie, du jus de viande, de la gelée de viande obtenue au moyen de la cuisson prolongée d'un mélange de bœuf et de poulet, qu'on réduira sur le feu autant que possible. Si, pour varier l'alimentation, on se décide à donner des fécules, M. Lévy propose purement et simplement la mie du pain et la croûte de pain bien cuites, mâchées et insalivées préalablement, et réduites, comme on dit, en pâtée.

M. Lévy recommande de mêler le plus possible le sucre à l'alimentation, puisque, dit-il, l'introduction des matières amylacées sera plus difficile, et celle des matières grasses peut-être une cause d'indigestion ou au moins de malaise par un séjour prolongé dans l'estomac et par l'afflix provoqué de la bile.

(1) *Contribution à la Chirurgie*, t. II., p. 150.

CAUSES DE LA MORT APRÈS LES OPÉRATIONS DE GASTRO-STOMIE

Les causes de la mort survenue après les diverses opérations de gastro-stomie présentent un fort intérêt pratique à être étudiées. Car c'est de leur étude sérieuse que nous pourrons déduire les indications et les contre indications de notre opération. Quelles sont donc, d'après leur ordre de fréquence, ces causes de la mort? Nous trouvons en premier lieu la faiblesse, l'inanition, puis la propagation cancéreuse, cette cause inconnue que plusieurs auteurs attribuent au traumatisme et à l'impression ressentie par le grand sympathique, la péritonite, et enfin les complications pulmonaires. Nous avons aussi noté une fois une gastrite parenchymateuse aiguë qui entraîna rapidement la mort, mais vingt-trois jours après l'opération. La mort due à la faiblesse et à l'inanition nous paraît assez naturelle et explicable, quand elle se produit chez des sujets qui, depuis plusieurs mois, ne se nourrissaient que de liquides, et encore en petite quantité, qu'on devait soutenir depuis plusieurs jours par des lavements nutritifs, et qui, par conséquent, étaient absolument débilités. Nous trouvons que sur six opérés pour rétrécissement cicatriciel, morts peu de temps après l'opération, elle s'est produite

trois fois, moins de trois jours après l'opération. Une fois (cas de M. Tillaux), le malade n'avait pas voulu se laisser nourrir. Il est bien probable que si on avait opéré plus tôt, la mort ne serait pas survenue, et que le succès aurait couronné l'entreprise.

Dans les cas de rétrécissement cancéreux, l'inanition, jointe à l'état général affaibli par une longue affection éminemment anémiante, explique parfaitement le dénouement fatal. Aussi croyons-nous bien que ces insuccès ne sont pas imputables à la gastro-stomie. L'opération a été faite trop tard. Tel est le seul motif de la mort. La propagation du cancer aux viscères ne se produit pas seulement chez les cancéreux gastro-stomisés. Pourquoi donc, comme le Dr Faucon, de Lille, faire à cette opération un procès appuyé sur de tels arguments? Si on n'a pratiqué la gastro stomie que lorsque la cachexie était commencée, que déjà l'organisme du malade était infesté, qu'y a-t-il de si étonnant à voir la mort suivre de près l'opération? Nous pensons de même que si on enlevait, par exemple, une tumeur du sein à une femme en proie à la cachexie cancéreuse, on ne retarderait en rien l'issue fatale.

Cependant, certains chirurgiens ont été vivement surpris de voir des gastro-stomisés cancéreux, mais sans cachexie, paraissant réunir toutes les conditions nécessaires pour permettre d'espérer un succès, mourir rapidement après l'opération, sans que l'autopsie révélât ni péritonite, ni propagation de néoplasmes aux viscères, ni, en somme, aucune cause expliquant nettement la mort dans ces conditions.

Telle est la surprise de M. Berger, montrant à la Société de Chirurgie les pièces anatomo-pathologiques provenant de son opéré. Ce chirurgien rapporte que son malade était en bon état avant l'opération; qu'il se nourrissait encore,

quoique bien peu, qu'en somme, malgré les contre-indications de la gastro-stomie chez les cancéreux, il était plein d'espoir en l'opérant.

Il cherche à expliquer les causes de la mort; il n'a trouvé à l'autopsie aucune lésion pouvant fournir un prétexte à ce fâcheux résultat. M. Berger se demande si dans ce cas, comme dans ses pareils, la mort n'est pas due à l'influence du traumatisme sur une organisation débilitée au suprême degré. « *C'était, dit-il, un équilibre chancelant, que l'opération a détruit.* » Nous ne sommes pas éloigné de cette explication, qui se comprend sans peine. Le choc traumatique, toujours redoutable chez des opérés, se fait bien plus vivement sentir, si cet opéré est déjà affaibli par une cause quelconque antérieure.

Sédillot et, depuis lui, plusieurs opérateurs, se sont demandés, s'il ne fallait pas aussi attribuer une grande part à la mort presque inexplicable dans ces cas, à l'impression ressentie par le grand sympathique.

Nous notons cette explication sans chercher à l'approfondir. Nous avouons notre incompétence. Donc, dans ces genres de mort, nous ne trouvons encore rien qui soit spécialement imputable à la gastro-stomie.

La péritonite dont sont morts un certain nombre d'opérés, se produit ou peut se produire chaque fois qu'on attaque le péritoine. Qu'on ait à faire à une hernie étranglée ou à une tumeur de l'ovaire, dès que le péritoine est intéressé, on a lieu de craindre la péritonite. Du reste, d'après nos observations, nous n'avons noté que cinq fois cet accident. Le chiffre est peu élevé. Nous croyons qu'avec les recommandations que nous faisons dans notre chapitre du Manuel opératoire, on pourra conjurer cet accident si grave.

La mort est survenue d'autre fois rapidement; elle a été

attribuée aux complications pulmonaires. Mais les malades étaient porteurs de ces complications avant qu'on leur fît la gastro-stomie, et l'abstention eût été peut-être préférable. « Opérer dans de telles conditions c'était, comme le disait Jackson, donner le *coup de grâce*. »

Nous avons relevé un cas de mort par gastrite parenchymateuse aiguë, survenue vingt-trois jours après l'opération. Cette gastrite est-elle imputable à la gastro-stomie? Ici se pose un point d'interrogation, auquel nous ne pouvons pas répondre — et nous renvoyons aux remarques dont nous faisons suivre l'observation.

En somme, nous ne trouvons aucune cause de mort réellement imputable à la gastro-stomie, et nous croyons que même bien souvent, la mort aurait eu lieu plus tôt, si l'opération n'avait pas été faite.

INDICATIONS

La question de l'opportunité de la gastro-stomie peut être agitée dans les cas de corps étrangers de l'estomac et dans les cas de rétrécissements de l'œsophage, qu'ils soient cancéreux ou fibreux. Parmi les rétrécissements fibreux nous comprenons les rétrécissements cicatriciels et syphilitiques.

Pour rester dans le cadre de notre sujet, nous ne nous occuperons que des indications de la gastro-stomie dans les rétrécissements de l'œsophage.

Traitons d'abord des rétrécissements fibreux.

Sur cette question, tous les chirurgiens sont d'accord, les succès obtenus justifiant l'intervention chirurgicale.

En effet, d'après le relevé que nous avons fait des observations nouvelles que nous publions, nous trouvons douze cas, dans lesquels il est indiqué que la gastro-stomie a été faite pour un rétrécissement cicatriciel. Sur ces douze cas, il y a eu six morts, soit :

1 opéré mort immédiatement après l'opération.				
1	—	12 heures	—	—
1	—	30 —	—	—
1	—	au 3^{me} jour	—	—
1	—	au 4^{me} jour	—	—
1	—	au 12^{me} jour	—	—

Les six autres opérés sont considérés comme guéris; ils vivaient parfaitement avec leur fistule stomacale et rien ne prêtait à croire, lors de la relation des observations, qu'elle pourrait leur être fatale

La statistique des cas personnels à M. Petit est moins brillante. Car des huit opérés, soit pour rétrécissement cicatriciel, soit pour rétrécissement syphilitique, nous trouvons, d'après cet auteur, que :

1 opéré est mort au bout de 25 heures.
— après 60 heures.
— au 3me jour.
— au 4me jour.
— au 28me jour.

1 opéré le 28 mars 1877 vivait encore le 27 janvier 1879 (cas de Tredelemburg).

1 a survécu un mois. C'est l'opéré de M. Verneuil.

M. Petit nous paraît ne pas assez spécifier que la mort de ce malade n'a aucun rapport avec sa fistule gastrique. C'est cependant ce qu'a affirmé le professeur Verneuil, dans la dernière discussion de la Société de Chirurgie, à propos de la gastro-stomie. Des 2 syphilitiques de M. Petit, l'un est mort au bout de quatorze heures, l'autre au sixième jour.

En somme, il n'y a que deux succès jusqu'en 1879 (cas de M. Verneuil et cas de M. Tredelemburg).

M. Le Fort, dans une statistique générale qu'il fit en août 1883, a relevé 10 opérés pour rétrécissement traumatique qui aient survécu à l'opération.

Sa statistique est celle-ci :

5 malades vivaient encore : l'un après 4 mois 1/2.
l'autre — 8 mois.
— 20 mois.
— 2 ans.
— 3 ans.
5 opérés étaient morts : 2 après 7 mois.
2 — 18 mois.
1 — 15 mois.

Aussi M. Le Fort dit-il que, dans les cas de rétrécissements autres que cancéreux, il faut opérer, mais dès que le malade ne peut plus avaler les liquides; il ne faut pas attendre qu'il soit trop affaibli pour supporter l'opération.

Ces résultats sont encourageants; aussi est-il peu de chirurgiens qui hésitent à agir quand ils ont affaire à un rétrécissement fibreux absolument infranchissable. En effet, la lésion n'a rien d'incompatible avec l'existence.

Un malheureux, par mégarde ou dans un moment d'égarement, aura avalé un liquide corrosif (acide nitrique, chlorhydrique, potasse caustique). S'il a eu le bonheur d'échapper aux suites immédiates de cet accident, il est fatalement voué au rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Le plus souvent, la lésion, qui siégeait sur toute l'étendue du conduit, n'est justifiable ni du cathétérisme, ni de l'œsophagotomie, ni de l'œsophago-stomie. Cependant le malade ne peut plus avaler; il est condamné à mourir de faim. Oh ! alors, que le chirurgien n'hésite pas ! qu'il se hâte !

Chaque heure de retard est une chance de moins de réussir l'opération. En effet, si sur douze opérés, nous avons relevé six guérisons, considérons que sur les six morts : quatre ont succombé à l'inanition et à la faiblesse, un aux accidents pulmonaires, l'autre à la péritonite.

Donc quatre morts sur six sont imputables à la faiblesse du malade, qui ne lui permit pas de supporter le choc traumatique et de recouvrer assez tôt les forces dont il avait besoin. Aussi ne doit-on point perdre ce point de vue ; c'est l'avis de tous les chirurgiens qui ont pratiqué la gastro-stomie : Si vous voulez réussir, opérez de bonne heure, dès que votre malade ne peut plus avaler.

Nous savons bien que trop souvent, malheureusement, les malades qui, en majeure partie, appartiennent aux classes peu aisées, ne consultent le chirurgien que lorsque déjà il est trop tard ; jusqu'alors, ils avaient peut-être recours aux médicastres et aux commères.

Ainsi l'opéré de M. Demons ne s'est présenté à l'hôpital que lorsque, déjà depuis six jours, il n'avait pris aucun aliment ni solide, ni liquide. Il était rendu au dernier point de l'émaciation. De plus, il présentait des complications du côté des poumons. Tout cela était grave. Mais qu'on juge de la perplexité du chirurgien en face de ces cas ! Qu'on se reporte au tableau que fait le Dr Pétel de cette pénible situation, et qu'en son âme et conscience on décide si on tentera un dernier effort, dût-il abréger la pénible existence du malade, qui n'a plus que quelques heures à vivre ; ou bien si on laissera mourir de faim le malheureux qui vous supplie de lui donner à manger, et qui maudirait votre inertie. Aussi, je ne cesserai de le répéter, dès qu'un rétrécissement non malin de l'œsophage se présente au chirurgien, qu'il emploie d'abord les moyens rationnels pour tâcher de le dilater ; mais dès qu'il est devenu infranchissable, qu'il recoure à la gastro-stomie. Les chiffres sont éloquents, qui l'autorisent à compter sur un succès, s'il a su se mettre dans de bonnes conditions opératoires.

Dans les rétrécissements d'origine cancéreuse, les

opinions diffèrent grandement. Le Dr Petit dit que pour opérer avec des chances de succès, il faudrait le faire dès qu'on sait que le rétrécissement est cancéreux, qu'il s'étend au-dessous du bord supérieur du thorax, qu'il rend la déglutition impossible, *qu'il soit infranchissable ou non.* C'est aussi notre avis.

Dans la dernière discussion de la Société de Chirurgie, sur l'opportunité de la gastro-stomie dans ces cas, M. Berger s'est fait le défenseur des chirurgiens qui opèrent les cancéreux. Il s'appuie sur les statistiques et invoque aussi la grande raison de l'humanité. Le Dr Faucon, de Lille, qui obtint un insuccès dans une gastro-stomie qu'il pratiqua chez un cancéreux, s'élève avec vigueur contre cette opération dans ces cas.

Il compare le malheureux atteint de rétrécissement cancéreux de l'œsophage à un naufragé qui n'aurait, au milieu des flots de l'Océan, qu'une frêle planche comme tout espoir de salut. Mais survient un sauveteur trop empressé qui, sous prétexte de le tirer du péril, lui fait abandonner son appui, et le naufragé périt dans l'onde amère. Le sauveteur fâcheux, c'est le chirurgien qui a voulu pratiquer la gastro-stomie. Nous croyons que cette opinion est exagérée. En effet, les statistiques qui, certes, ne sont pas brillantes, sont loin cependant d'être décourageantes. Car, en somme, la gastro-stomie est une opération grave, que forcément, souvent, on pratique dans de mauvaises conditions; et quelle est l'opération chirurgicale d'une certaine gravité qui, même dans les cas les plus brillants en apparence, n'entraîne pas parfois la mort.

En effet, dans sa statistique de 1880, le Dr Petit rapporte 40 opérés : 35 morts au bout de un à quatorze jours; cinq autres, considérés comme guéris, vécurent de dix-sept jours à six mois.

M. Le Fort donne 105 gastro-stomies, dont 76 morts de l'opération :

11 morts le 1er jour.
21 — le 2me jour.
10 — le 3me jour.
20 — du 4me au 10me jour.
11 — du 10me au 20me jour.
3 — du 20me au 30me, soit 72,3 p. 100, 23 survivants, soit 2 sur 7.

Toujours d'après M. Le Fort, les résultats éloignés sont ceux-ci :

4 malades vivaient encore, l'un 40 jours après l'opération.
— — l'autre 53 jours —
— — et les 2 autres 4 mois —

14 guéris de l'opération sont morts de leur maladie :

2 morts au bout d'un mois.
1 — de 40 jours.
1 — 69 jours.
1 — 2 mois 1/2.
4 — 3 mois.
2 — 4 mois.
1 — 5 mois.
1 — 6 mois.

M. Le Fort conclut que chez les cancéreux la gastro-stomie est autorisée, pourvu qu'on intervienne assez tôt.

Voici maintenant les résultats que nous avons tirés de celles de nos observations dans lesquelles ces renseigne-

ments sont donnés : 38 opérés pour rétrécissement cancéreux :

3 moururent avant l'ouverture de l'estomac.
1 opéré est mort 19 h. après l'opération de faiblesse et du traumatisme.

1	—	12	—	— —
1	—	20	—	d'épuisement.
1	—	32	—	—
1	—	37	—	d'épuisement dans le coma.
1	—	2	—	d'inanition.
1	—	72 heures	—	d'épuisement.
3	—	le 5me jour	—	2 de faiblesse, 1 par les vomissements.

5 moururent peu de temps après l'incision stomacale : 3 de péritonite ; 2 de propagation cancéreuse.
1 est mort le 7me jour après l'opération de faiblesse.

2 sont morts		8 jours	—	de propagation cancéreuse.
1	—	9 jours	—	(cause de la mort non notée).
1	—	11 jours	—	d'épuisement.
1	—	14 jours	—	par perforation de l'œsophage dans les bronches.
1	—	23 jours	—	de gastrite parenchymateuse.
2	—	4 semaines	—	1 de propagation cancéreuse
1	—	33 jours	—	de faiblesse.
1	—	10 semaines	—	d'abcès de l'estomac.
4 sont morts		de 2 à 4 mois.		
1 est mort		66 jours	—	
1	—	2 mois	—	de propagatiou cancéreuse.
1	—	67 jours	—	de faiblesse.

Enfin, dans les autres cas, l'époque de la mort n'est pas connue exactement. On sait seulement que :

1 opéré était vivant après 40 jours.
— survécut plus de 8 semaines.
— — plus de 4 mois.
— — plus de 20 mois.

Un opéré est noté comme guéri. Nous ignorons ce qu'il est devenu.

Si donc on considère ces résultats d'une statistique aussi fidèle que possible et faite scrupuleusement, il me semble qu'on pourra se croire autorisé à opérer dans les cas de rétrécissement cancéreux.

Maydl (*Journal médical de Vienne*) estime que dans les cas de rétrécissement soit carcinomateux, soit cicatriciel, du tube digestif, la gastro-stomie est plus avantageuse que l'œsophagotomie, beaucoup préférable à l'œsophago-stomie, parce que les résultats de la dernière sont mauvais, que la gastro-stomie améliore toujours l'état du malade et que la limite inférieure du rétrécissement n'est pas toujours facile à reconnaître. En outre, ajoute-t-il, une fistule cachée nuit moins à la jouissance de la vie, et le patient peut se nourrir lui-même beaucoup plus facilement avec une fistule stomacale qu'avec une fistule œsophagienne. Il faut, toujours d'après le même auteur, rejeter l'introduction d'une sonde à demeure dans les cas de rétrécissement carcinomateux. Mais, en conclusion, Maydl recommande d'intervenir dès que la nutrition par la bouche est insuffisante.

Telle sera notre conclusion encore plus dans les cas de rétrécissement cancéreux que dans les cas de rétrécissement cicatriciel. Le Dr Faucon, l'ennemi acharné de la gastro-stomie, dit cependant qu'un de ses amis, qui avait assisté à l'autopsie du cadavre de son gastro-stomisé s'efforça de lui faire promettre que, le cas échéant, il ferait la même opération sur lui-même, pourvu qu'il opérât plus tôt. C'est en effet, la grande question de l'opportunité qui prend de l'importance dans ces cas. Et si nous disons : faites une fistule gastrique chez le cancéreux qui se présente à vous encore robuste et vigoureux, nous sommes

loin de parler comme dans les cas de rétrécissement cicatriciel et de dire : même *in extremis*, opérez.

Car, dans le premier cas, vous aurez l'affection que le malade porte en lui, qui pèsera de tout son poids dans la balance du succès et qui bien souvent finira par l'emporter. Si le malade a le moindre symptôme de cachexie, abstenez-vous. Il doit en être, en ce cas, comme dans toutes les opérations praticables chez les cancéreux. Si la cachexie est commencée, on s'abstient. Mais si le malade semble ne pas être encore sous le coup de la propagation de sa maladie, s'il se présente au chirurgien dans de bonnes conditions, il faut agir. Le plus souvent, le malade sera soulagé, et le médecin aura eu la consolation de ne pas s'avouer impuissant. Terminons par cette phrase du Dr Muselli. « Le soulagement du malade, et la consolation » pour le chirurgien de pouvoir remplir, en ces cas graves, » sa mission éminemment conservatrice, sont des motifs » qui doivent faire admettre la gastro-stomie dans la thé- » rapeutique des rétrécissements cancéreux. »

Enfin, pour compléter notre statistique personnelle, nous devons relater les cas dans lesquels l'observation ne mentionne pas la nature du rétrécissement.

Nous trouvons une opération inachevée, pour cause d'une hémorrhagie de l'œsophage ayant entraîné la mort du malade. C'était sans doute un cancer.

Un opéré est mort 9 heures après l'opération, de faiblesse.
— 48 jours — —
— au 5me jour — de péritonite.

Deux sont morts d'inanition sans que la date de leur mort soit notée. Enfin, nous trouvons deux morts sans aucun détail, et deux guérisons.

CONTRE-INDICATIONS

Il nous reste peu de chose à dire maintenant des contre-indications de l'opération qui nous occupe.

Nous avons dit que dans les rétrécissements cicatriciels nous sommes d'avis d'opérer le plus tôt possible, il est vrai. Néanmoins, nous croyons que le chirurgien est autorisé à agir même *in extremis*, et à tenter ainsi la seule chance de salut qui reste au malade.

Dans les rétrécissements cancéreux, il faut opérer, si on le peut, dès que le diagnostic est certain et que l'alimentation est insuffisante. Si la cachexie est commencée, il vaut mieux renoncer à l'opération et soutenir le malade par tous les autres moyens rationnels, que lui faire une opération qui abrègera presque fatalement ses jours.

Les accidents pulmonaires avancés sont une contre-indication formelle contre la gastro-stomie. Nous voulons parler de la pleurésie et de la pneumonie. La tuberculose au début ne devrait pas faire reculer le chirurgien.

Telles sont, d'après nous, les indications et les contre-indications de la gastro-stomie dans les cas de rétrécissement de l'œsophage.

OBSERVATIONS

Nous nous sommes permis d'emprunter à la thèse du Dr Muselli 45 observations que nous copions textuellement. Elles sont déjà, du reste, un résumé des observations contenues dans le travail du Dr Petit.

Les soixante-sept autres observations, dont nous publions le plus grand nombre *in-extenso*, sont dues à nos recherches personnelles. Ce sont, du reste, croyons-nous, les seuls cas de gastro-stomie qui aient été publiés de 1879 à 1884.

Observation I

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort vingt-une heures après.

Homme de cinquante-deux ans, entré à l'hôpital de Strasbourg, dysphagie datant d'un an. N'a pas pris d'aliments par la bouche depuis cinq semaines.

Amaigrissement considérable. Essais de cathétérisme inutiles. Gastro-stomie faite par Sédillot le 13 novembre 1849. Chloroforme. Incision cruciale de 4 centimètres au-devant du muscle droit, à 6 centimètres au-devant de l'appendice xyphoïde. Ne voyant pas l'estomac, le chirurgien fit sortir de l'abdomen une portion de

l'épiploon et du colon transverse, puis alla à la recherche du viscère avec un crochet mousse. Ouverture de l'estomac aussitôt. Pour maintenir en contact l'estomac et la paroi abdominale, on employa. sans faire de suture, une canule munie de larges rebords; mais celle-ci fut entraînée dans le ventre par l'estomac, qui reprit sa position première, et elle y resta jusqu'à la mort, qui survint le lendemain. A l'autopsie, tumeur cancéreuse de l'œsophage; plaie du péritoine entourée d'une légère ecchymose (1).

Observation II

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort au dixième jour.

Homme de cinquante-huit ans, entré à l'hôpital le 20 janvier 1853. Depuis neuf mois, gêne de la déglutition qui augmente progressivement. Bouillon et potages. Amaigrissement. Sonde arrêtée à 20 centimètres environ. Gastro-stomie le 21 janvier. Chloroforme. Incision longitudinale à deux travers de doigts de la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes du côté gauche. Seconde incision plus petite, perpendiculairement à la première, de manière à former une croix. Estomac facilement atteint. Sutures pour le fixer à la paroi abdominale. Mais ces sutures étaient en trop petit nombre et trop peu solides, car elles n'allaient pas jusqu'à la muqueuse de l'estomac; deux heures après l'opération, elles cédèrent sous des efforts de toux, et l'estomac rentra cette fois encore dans l'abdomen. Des recherches durent être faites pour le ramener dans la plaie, et pour l'y fixer on saisit un repli de sa paroi avec la pince à coulants d'Assalini, dont on attacha les tiges sur les téguments abdominaux. Pas de péritonite consécutive. Tout alla bien pendant cinq ou six jours; mais alors, à la chute de l'eschare comprise dans les mors de la pince, une inflammation ulcérative s'empara de la plaie et emporta le malade au dixième jour. A l'autopsie, péritonite généralisée; rétrécissement cancéreux à 11 centimètres du bord supérieur des cartilages aryténoïdes (2).

(1) Sédillot, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1849.

(2) Sédillot, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1853.

Observation III

Rétrécissement cancéreux siégeant à la partie inférieure de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort cinquante-huit heures après.

Sujet de cinquante-cinq ans alcoolique. Rétrécissement de l'œsophage avec dysphagie datant de seize mois. Alimentation impossible par la bouche. Essais infructueux du cathétérisme. Emaciation profonde, gastro-stomie, Incision en dehors et à gauche depuis la pointe du sternum jusqu'au bord externe du muscle droit, le long des fausses côtes. Incision du péritoine. On saisit l'estomac avec l'index et le médius et on le suture à la paroi abdominale avec du fil fin.

Ouverture du viscère sur-le-champ. Alimentation du malade immédiate avec du bouillon. Mort consécutive à l'inanition (1).

Observation IV

Cancer épithélial de l'œsophage. — Trachéotomie, puis gastro-stomie vingt-quatre jours après. — Mort quarante-quatre heures après cette dernière.

Homme de quarante-sept ans, entré à Guy's Hospital le 8 octobre 1857, service de M. Habershon, avec tous les signes d'une affection chronique du poumon et du larynx. Quelques semaines après, déglutition gênée. Le 2 mars 1858, gêne de la respiration qui nécessite la trachéotomie. Pas de soulagement consécutif. Quelques jours après la respiration devient plus facile, mais gêne de la déglutition plus avancée. Le malade ne peut avaler que des liquides. Lavements nutritifs.

Emaciation. Gastro-stomie le 26 mars. Incision comprenant la peau et l'aponévrose, à partir du rebord des fausses côtes, entre la huitième et la neuvième côte, et se continuant en bas dans l'étendue de trois pouces 1/2. La portion tendineuse des muscles obliques fut alors divisée et le bord externe du muscle droit mis à nu. Ouverture du péritoine dans toute l'ouverture de la plaie. On voit immédiatement

(1) Feuger. *Virchow'Archiv.* Berlin, 1854.

l'estomac. On le saisit avec un tenaculum et on l'attire dans la plaie: on passe ensuite une aiguille courbe à travers la paroi de l'estomac et on la réunit à la paroi abdominale au moyen de la suture entrecoupée; puis, on incise cette paroi entre les points d'entrée et de sortie du tenaculum.

Le malade supporta bien l'opération; on commença à l'alimenter aussitôt après, ce qui améliora l'état général et les souffrances; mais, malgré tout, les forces commencèrent à baisser la nuit suivante, et la mort survint quarante-quatre heures après l'opération, probablement par suite d'une complication pulmonaire.

A l'autopsie, ulcération cancéreuse épithéliale faisant communiquer la trachée et l'œsophage. Rétrécissement œsophagien très étroit. Estomac contenant des aliments (1).

Observation V

Rétrécissement de l'œsophage à la suite de brûlure par ingestion d'une solution de potasse caustique, chez un garçon de quatre ans et quatre mois. — Dysphagie. — Amaigrissement extrême. — Gastro-stomie. — Les sutures des parois abdominales et stomacales se relâchent quatre jours après. — Péritonite suraiguë qui emporte l'opéré.

(Cooper Forter, *Guy's Hosp. Reports*, 1859).

Observation VI

Cancer épithélial du pharynx chez une femme de quarante-quatre ans. — Gastro-stomie. — Mort consécutive à l'épuisement, trente-six heures après l'opération.

(Sydney Jones, *Trans. of the Pathol. Soc. of London*, 1860).

Observation VII

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage chez un marin de cinquante-sept ans, produisant une obstruction complète. — Gastro-stomie. — Pulvérisation d'éther sur le champ opératoire. — Grand soulagement immédiat de la faim et de la soif. — Mort d'épuisement trente-une heures après l'opération.

(Curling, *Clinical lectures and Reports of the London Hospital*, 1866).

(1) Habershon et Cooper, *Forster Guy's Hosp. Rep.*, 1858, 3me série, t. IV, p. 1 et 13.

Observation VIII

Rétrécissement de l'œsophage par ulcération syphilitique chez un sujet tuberculeux. — Gastro-stomie. — Mort de pneumonie au sixième jour.

(Th. Bryant, *The Lancet*, 1877, p. 9).

Observation IX

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage sur nne femme de cinquante-quatre ans. — Déglutition impossible. — Lavements alimentaires. — Gastro-stomie. — Mort d'inanition trente-sept heures après.

(Van Thaden, *in thèse Schayffenberg*, 1867).

Observation X

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage chez un hemme de soixante-un ans. — Gastro-stomie. — Mort au douzième jour.

(Sydney Jones, *The Lancet*, 15 septembre 1866, p. 665).

Observation XI

Gastro-stomie sur une femme de quarante-deux ans, atteinte de rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Morte trente-six heures après.

(Morell Mackenzie, *Medical Times*, 1876).

Observation XII

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage sur un homme de cinquante ans. Gastro-stomie. — Mort d'inauition trois jours après.

(F. Troup, *Edimb. Medical Journal*, 1872).

Observation XIII

Épithélioma de l'œsophage chez un homme de soixante-dix ans. — Gastro-stomie. — Mort seize heures après.

(Durham, *Guy's Hospital Reports*, 3me série, t. XIV, p. 195).

Observation XIV

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Dysphagie depuis plusieurs mois. — Emaciation. — Gastro-stomie. — Mort trois jours après sans cause déterminante.

(Henri Fox, *Australian Med. Journ.*, 10 février 1868).

Observation XV

H. D. 25. — Accidents syphilitiques avec rétrécissement de l'œsophage. — Tentatives de cathétérisme. — Alimentation impossible par l'œsophage. — Lavements alimentaires. — Gastro-stomie faite le 25 juin 1868. — Mort quatorze jours après d'inanition.

(Maury, *American journal of. the. Med. sciences*, 1870).

Observation XVI

Femme de trente-un ans. — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Dysphagie datant de deux ans. — Gastro-stomie. — Chloroforme. — Morte d'inanition soixante heures après.

(John Lowe, *The. Lancet*, 22 juillet 1871).

Observation XVII

Gastro-stomie sur un homme de quarante ans atteint de rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Dysphagie datant d'un an. — Pulvérisation d'éther. — Mort quarante heures après d'inanition.

(Max Cornax, *Trans. of. the Clinical Society of London*, 1872).

Observation XVIII

Enfant de treize ans. — Rétrécissement infranchissable de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'acide sulfurique. — Gastro-stomie. — Estomac ouvert le lendemain de l'opération. — Péritonite.

(F. Jouon, *Journ. de Med. de l'Ouest*, 1872).

Observation XIX

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage sur un homme de cinquante-sept ans — Gastro-stomie. — Mort six jours après de bronchite aiguë.

(Clark, *Trans. of. the. clinical Society of. London*).

Observation XX

Homme de trente-huit ans. — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Emaciation profonde. — Gastro-stomie avec anesthésie par le chloroforme. — Suture des parois stomacales aux parois abdominales. — Alimentation immédiate. — Péritonite au cinquième jour. — Mort.

(Thomas Smith, *Trans. of. the Clinical chirurg. Society of London*, 1872).

Observation XXI

Rétrécissement carcinomateux de l'œsophage. — Difficulté d'avaler depuis six semaines. — Mort d'inanition le lendemain de l'opération.

(Mason, *The Lancet*, 1873.)

Observation XXII

Homme de cinquante-trois ans. — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Dysphagie datant d'un an. — Mort de bronchite aiguë le lendemain de la gastro-stomie.

(Th. Bryant, *The Lancet*, 7 juillet 1877).

Observation XXIII

Homme de cinquante-six ans, entré à *Wolverhampton and' Staffordshire Hospital*, le 5 décembre 1872. — Rétrécissement infranchissable de l'œsophage d'origine cancéreuse. — Gastro-stomie le 21 décembre. — Mort de péritonite le lendemain.

(Lotherick et Jackson, *Brit. Med. journ.*, 24 mai 1873).

Observation XXIV

Deux gastro-stomies pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Rose, de Munich.

Premier cas : Colporteur, quarante-quatre ans, aucun antécédent morbide. La gêne dans la déglutition se fait sentir au début de 1873. Toux sèche, nocturne. En juin suivant, aphonie, frissons, dyspnée. Le malade ne peut avaler que les liquides.

Fin juillet, on sent au côté gauche de la trachée, au-dessus de l'origine du sterno-mastoïdien, une induration globuleuse non mobile.

Gastro-stomie le 27 août 1873.

L'incision cutanée, longue de 12 centimètres, commençant au niveau de l'ombilic et suivant en haut le bord externe du grand droit gauche. L'estomac, rétracté derrière le lobe hépatique gauche, est attiré avec les doigts et n'est reconnaissable qu'à ses appendices épiploïques. On le fixe et Rose l'ouvre entre les deux points de suture; puis il passe sept fils pour maintenir unies l'ouverture gastrique et la plaie pariétale. Pas d'accidents immédiats. Une partie du lait introduit dans l'estomac en ressortait immédiatement coagulé. Mort à minuit.

Autopsie. — Epithélioma en partie déclaré, en partie cicatrisé, de l'œsophage. Œdème cérébral, adhérences des sommets des poumons.

Observation XXV

Rétrécissement probablement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Phlegmon de la paroi abdominale. — Mort au dixième jour.

Mathilda Weinberg eut sept enfants depuis vingt-deux ans. Toutes les fonctions étaient normales. Pendant treize ans elle a subi plusieurs

opérations nécessitées par un cancer au sein et ses récidives, dans la cicatrice, dans les parties voisines et dans les ganglions axillaires. En 1873 elle commença à éprouver de la dysphagie, et l'examen démontra l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage qui devint de plus en plus étroit et nécessita la gastro-stomie. L'incision fut commencée entre les extrémités cartilagineuses des septième et huitième côtes, et fut continuée verticalement en bas, dans l'étendue de deux pouces et demi. Lorsqu'on fut arrivé sur l'estomac, on introduisit un cathéter au-delà du rétrécissement, et on injecta dans l'estomac une solution d'acide tartrique, dans le but de dilater ce viscère, d'en marquer le contour et d'en faciliter l'incision. Cet expédient, qui avait bien réussi quelques jours auparavant, échoua cette fois. Après l'opération on donna à la femme un lavement de deux onces d'eau-de-vie et d'eau; à neuf heures six onces de thé de bœuf, une once d'eau-de-vie. Au cinquième jour, phlegmon érysipélateux de la paroi abdominale, puis septicémie, et mort au dixième (1).

Observation XXVI

Femme de vingt-cinq ans qui essaie de se suicider par l'acide sulfurique. — Rétrécissement de l'œsohage et du pylore. — Amaigrissement avancé. — Mort vingt-cinq heures après la gastro-stomie.

(Moeller, *Ugeskr-Nord Med. Archiv.* B. VI).

Observation XXVII

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage sur une femme de cinquante deux ans. — Mort d'inanition vingt-quatre heures après l'opération.

(Hjort, *Norsk. Mag. Lægevidsk*, 1874).

Observation XXVIII

Rétrécissement carcinomateux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort quatorze jours après.

Neumann, cinquante-cinq ans, à Berlin, reçu à l'hôpital le 2 février 1875, a éprouvé des douleurs pendant la déglutition et a maigri

(1) Jacobi, *New-York Medical Journal*, 1874.

depuis le mois d'octobre 1874. Au mois de novembre, un médecin avait pu franchir encore le rétrécissement avec une sonde peu volumineuse; mais cette tentative ne fut faite qu'une fois. Gastro-stomie le 22 février 1875. Chloroforme. Incision de deux pouces et demi à trois pouces sur la ligne médiane partant de l'apendice xyphoïde. Suture de l'estomac et des lèvres pariétales de la plaie. Toutes les deux heures on donna, pendant les jours qui suivirent l'opération, du lait, du bouillon, des œufs frais, du vin, de la viande hachée; mais malgré tout cela l'amaigrissement fait des progrès et le malade succombe d'inanition le quatorzième jour (1).

Observation XXIX

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Guérison. — Mort de bronchite quarante jours après l'opération.

(Sydney Jones, *The Lancet*, 15 mai 1875).

Charles L..., soixante-sept ans, ingénieur, entre à l'hôpital Saint-Thomas (Londres) le 21 janvier. Dysphagie depuis dix mois, impossibilité d'avaler les aliments solides depuis sept mois. Perte de la voix, mais pas de dyspnée. Le malade a beaucoup maigri, mais le moral est excellent. Les liquides peuvent encore passer. Gastro-stomie le 23 mars, par le docteur Sydney Jones.

Incision suivant une ligne tirée du bord extrême du mamelon gauche, du bord externe de l'épine du pubis, dans l'étendue de trois pouces et demi à partir d'un pouce au-dessous du rebord des fausses côtes. Cette ligne correspond au bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. Suture de l'estomac avec les lèvres de la plaie pariétale.

Avant que le malade soit emporté de la table d'opération, lavement de lait et d'eau-de-vie avec 2 grammes de teinture d'opium. Le sixième jour de l'opération, alimentation du malade par l'estomac. Cette nourriture consiste en une once de lait et d'eau-de-vie. Au douzième jour on enlève les sutures : l'adhérence est parfaite entre l'estomac et la paroi abdominale.

Le 23 avril, deux injections dans l'estomac.

(1) Küster, *Fünf Jahre in Augusta-Hospital*. Berlin, 1877.

Le 26, le malade se lève et se tient devant le feu.

Le 4 mai. Quelques crachats sanglants.

Le 7. Légère hémorrhagie venant de la gorge.

Le 9. Encore un peu de sang dans les crachats. État général bon.

Le 12. Malade déprimé. Symptômes de sécrétion et d'accumulation bronchique de plus en plus marqués. Mort à deux heures de l'après midi.

Autopsie. Cancer de l'œsophage allant du bord supérieur du cartilage cricoïde jusqu'à trois pouces et demi plus bas. L'union était complète et solide entre l'estomac et la paroi abdominale.

Observation XXX

Gastro-stomie pour un cancer de l'œsophage. — Mort trente heures après l'opération.

Femme de trente-quatre ans, entrée le 16 avril 1875 à *London Hospital*. Dysphagie depuis neuf mois, qui progresse continuellement jusqu'au 30 août, jour de l'opération. Mort trente heures après.

Autopsie. Tumeur cancéreuse à l'extrémité inférieure de l'œsophage (1).

Observation XXXI

Gastro-stomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage sur un homme de quarante-sept ans. — Mort d'épuisement vingt heures après.

(Morell Mackensie, *Med. Times and Gaz.*, 5 août 1876).

Observation XXXII

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Guérison.

R. M..., dix-sept ans, apprenti maçon, avala, le 4 février 1876, une solution de potasse par mégarde. Dysphagie consécutive. Le 31 mars,

(1) Warey Tay, dans le service de Fenwick. *The Lancet*, 9 octobre 1875.

l'alimentation étant devenue de plus en plus difficile, il fut admis dans le service du Dr Dumontpallier, à la Pitié. Nombreux essais infructueux de cathétérisme. Amaigrissement; moral affecté. Le 24 mai, il passe dans le service de Verneuil. Exploration de l'œsophage avec une sonde qui est arrêtée à 7 centimètres de l'anneau cricoïdien. Lavements alimentaires. L'inanition fait des progrès, et le 26 juillet, on se décide à faire la gastro-stomie avec l'aide de Labbé. Chloroforme. Méthode antiseptique de Lister. Plaie de 5 centimètres, au lieu d'élection fixé par Labbé. Hémostase au fur et à mesure de l'ouverture des vaisseaux. Suture solide et définitive de l'estomac à la plaie pariétale avant d'ouvrir ce viscère. L'ouverture de l'estomac n'a qu'un centimètre. Introduction dans l'estomac et fixation d'une sonde en caoutchouc rouge et flexible. On injecte aussitôt des aliments fluides dans l'estomac. Le pansement de Lister est répété à la fin de l'opération; une couche épaisse de collodion immobilise la paroi abdominale.

Le 27 au matin, R... a un long accès de *delirium tremens;* il accuse beaucoup de difficulté pour respirer; l'auscultation ne révèle rien. On injecte 50 grammes de bouillon et autant de vin de Bordeaux.

Le 28. Teinte ictérique.

Le 29. Amélioration.

Le 1er août. Amélioration très évidente.

Vers le 15 août, tous les fils à suture sont tombés et la cicatrisation est complète.

Le 20, le malade se lève, et les jours suivants il s'adonne à de légère occupations dans l'hôpital. Appétence marquée; l'enfant désire certains aliments plutôt que d'autres. Selles régulières. La nutrition se fait très bien. Le 18 août, l'enfant pesait 34 kilogrammes. Le 20 octobre, il en pesait 42.

R... meurt le 7 novembre 1877 (1).

Observation XXXIII

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort quatre jours après de péritonite.

Homme de trente-neuf ans; cancer de l'œsophage depuis huit ans. Dysphagie. Le malade n'a rien pris depuis sept jours au moment de

(1) Verneuil, *Bull. de l'Acad. de Med.*, 1876.

l'opération. Anesthésie par le protoxyde d'azote; on ouvrit l'estomac avant de le fixer à la plaie. Alimentation par l'estomac le lendemain. Mort le quatrième jour de péritonite (1).

Observation XXXIV

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort trois mois après du progrès du cancer.

Homme de quarante-quatre ans, atteint d'un rétrécissement de l'œsophage siégeant au-dessous de la bifurcation de la trachée. Gastro-stomie faite le 27 novembre 1876 par le professeur Schœnborn, de Kœnisberg. Quatre jours avant l'opération, le chirurgien allemand introduit une sonde œsophagienne, garnie à son extrémité d'un ballon en caoutchouc. Lorsque le ballon est arrivé dans l'estomac, il l'insuffle et distend ainsi le viscère, dont il connaît alors exactement les dimensions et la situation. Le même procédé est répété pendant l'opération, et l'estomac vient alors s'appliquer contre la paroi abdominale autérieure; en outre, la cavité péritonéale est hermétiquement fermée, et l'entrée de l'air est impossible. Ce fait n'empêcha pas Schœnborn de suturer les bords de la plaie stomacale avec ceux de la plaie pariétale. Une gaze phéniquée fut appliquée sur le tout. Deux jours d'intervalle furent laissés entre l'ouverture de la paroi abdominale et celle de l'estomac.

Le quatrième jour, le malade eut un peu de collapsus; mais jamais de fièvre; seulement, pendant les dix premiers jours, il souffrit d'un hoquet profond. Après le collapsus du quatrième jour, augmentation de l'alimentation. Le soir, on enlève quelques sutures et on s'assure que les adhérences solides se sont déjà établies entre l'estomac et la paroi abdominale. Le dixième jour, toutes les sutures sont enlevées. La nourriture devient progressivement de plus en plus substantielle et le malade put digérer jusqu'à deux et trois beefsteaks; il les mâchait d'abord, puis les crachait dans une cuillère avec laquelle on les introduisait dans la plaie. Mort trois mois après des progrès du carcinome (2).

(1) Callender, *The Lancet*, 14 avril 1874.

(2) *Archives de Langenbeck*, t. XXII.

Observation XXXV

Rétrécissement infranchissable de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort au vingt-sixième jour, ayant pour cause la perforation des bronches par le cancer œsophagien.

Un homme de cinquante-neuf ans, sans antécédents héréditaires et bien portant jusque-là, fut pris tout à coup de gêne de la déglutition qui alla s'aggravant progressivement, au point qu'à son entrée à l'hôpital Saint-André, six mois après le début du mal, quelques cuillerées de lait pouvaient à peine être avalées. On constata, vers le milieu de la portion thoracique de l'œsophage, un obstacle très résistant et absolument infranchissable. L'amaigrissement était extrême, mais il n'y avait pas de teinte cachectique; tous les autres organes étaient sains. Il ne restait qu'une certaine ressource *ultima ratio,* pour empêcher le malade de mourir d'inanition : c'était la gastro-stomie.

Elle fut pratiquée avec toutes les précautions, suivant les indications de Verneuil; il n'y eut ni douleurs, ni accidents inflammatoires. L'alimentation fut commencée le jour même de l'opération et consistait en lait, œufs crus, injectés par la fistule. Le dixième jour, on enlève les sutures qui avaient été faites avec du fil d'argent; les adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale sont solides.

Le quinzième jour, le malade, qui toussait jusque-là un peu à de longs intervalles, est pris d'anxiété et de toux quinteuse. Le lendemain, toux fréquente et râles muqueux. L'orifice de la fistule s'élargit et M. Lannelongue confectionne une sorte de saillie en caoutchouc pour obturer la fistule et l'injection des aliments.

Le 24 janvier, les symptômes thoraciques s'aggravent; le 25, le malade mourait (1).

Observation XXXVI

Gastro-stomie faite par le Dr Courvoisier sur un homme de soixante ans, cancéreux et alcoolique. — Toutes les indications de Verneuil sont suivies. — Mort le lendemain. — Pas de péritonite.

(Courvoisier, *Corresp. Bi. der Schwerzer,* Aerzte, 15 déc. 1877).

(1) Lannelongue, *in Traité de la Gastro-stomie,* par H. Petit.

Observation XXXVII

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Guérison.

Enfant de sept ans, ayant bu de l'acide sulfurique. Rétrécissement cicatriciel siégeant immédiatement au-dessus du cardia. Gastro-stomie faite le 28 mars 1877, d'après les préceptes de Verneuil. L'enfant est maigre, affaibli. Le professeur Trendelenburg ne nourrit son opéré que le lendemain.

Le 28 mars, la température s'éleva à 38,6, puis elle s'abaissa, et le 1er avril elle redevint normale.

Le 31 mars, toutes les sutures sont enlevées.

Au huitième jour, l'état du sujet est des plus satisfaisants.

Au 12 juin, son poids a augmenté d'un quart; il atteint 18 kilos.

Le 2 juillet, il atteint 19k890.

Le 28, 20k800 grammes.

En 1879, l'enfant se porte bien (1).

Observation XXXVIII

Tentative de suicide par ingestion d'ammoniaque. — Œsophagite intense, puis rétrécissement infranchissable de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort au troisième jour.

P. Henri, vingt-trois ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 5 novembre 1877 pour un rétrécissement de l'œsophage consécutif à une tentative de suicide par ingestion d'ammoniaque datant du 12 juin 1877. M. le Dr Le Dentu essaya à plusieurs reprises le cathétérisme; on n'arrive jamais à franchir le rétrécissement qui siège à 20 centimètres de l'arcade dentaire. Amaigrissement. Gastro-stomie, le 3 janvier 1878. Toutes les indications de Verneuil sont suivies. Mort le troisième jour. Autopsie. Organes abdominaux fortement vascularisés (2).

Observation XXXIX

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Anémie avancée. — Pneumonie avant l'opération. — Mort six jours après la gastro-stomie.

(Otto Riesel, *Deutschemed.*. Wachers, 4 et 11 mai 1878).

(1) Trendelenburg, *Archives de Langenbeck*, 1878.

(2) Le Dentu : *In Traité de la Gastro-stomie*, par Henri Petit.

Observation XL.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Guérison. — Mort d'épuisement vingt-huit jours après.

Lawrence H..., quatorze ans, fut admise à *Manchester Royal Infimary* le 2 novembre 1877 pour un rétrécissement de l'œsophage, causé par l'ingestion de soude caustique quatre mois auparavant. Les symptômes du rétrécissement se manifestèrent pour la première fois six semaines après. Lavements alimentaires. Amaigrissement. Gastro stomie le 17 novembre. Estomac rétracté qui ne permet pas d'injecter plus de trois onces de lait le troisième jour après l'opération. L'émaciation contiuna dans la suite; mort vingt-huit jours après d'épuisement. La gastro-stomie ne fut pour rien dans cette issue fatale (1).

Observation XLI.

Rétrécissement infranchissable de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Guérison. — Survie huit mois.

Femme de trente-sept ans. Diphthérie à vingt-cinq ans. Rétrécissement de l'œsophage consécutif à la paralysie occasionnée par cette affection. Premières atteintes de dysphagie se manifestant en 1872. En 1877, nouvelles difficultés de déglutition, accès de vomissement immédiatement après le repas. Le 15 décembre 1877, admise à la clinique du professeur Trendelenburg. A la première exploration, on nota que le rétrécissement siégeait à 31 cent. des dents incisives. Celui-ci est infranchissable. Alimentation par le rectum devenue nécessaire. Amaigrissement. Gastro-stomie le 10 janvier 1878. Même procédé suivi par le professeur Trendelenburg que pour la première opération. Le deuxième jour après l'opération on commença par introduire dans l'estomac, au moyen d'un entonnoir, du lait par 150 gr. à 200 gr.

13 janvier. On donna à la malade 250 gr. de lait.

(1) Docteur Messenger Bradley, de Manchester : *In Traité de la gastro-stomie*, par Henri Petit.

Le 20 janvier. Diarrhée.

Le 27. La diarrhée a cessé.

Le 8 février. La malade se lève.

Le 27 avril. La malade quitte l'hôpital considérablement améliorée.

Mort à la fin d'août ou au commencement de septembre d'une affection fébrile qu'on ne peut désigner (1).

Observation XLII.

Tumeur cancéreuse de la paroi postérieure du pharynx; trachéotomie après. Progrès de la tumeur. — Gastro-stomie, puis trachéotomie; prolongation de la vie pendant six mois.

Jenny H..., graveuse, célibataire, quarante et un ans, admise à l'hôpital communal de Copenhague, le 13 février 1878. Il y a un an, gêne de la déglutition, au niveau du thyroïde, de plus en plus prononcée. A l'aide du laryngoscope, on découvre le commencement d'une tumeur arrondie, à la partie postérieure de l'œsophage, qu'on peut atteindre tout juste avec le doigt. Cathétérisme très difficile.

Le 15 février. Pharyngotomie sous-hyoïdienne (Malgaigne, Langenbeck) après trachéotomie préalable dans le but de faire l'ablation de la tumeur. Le larynx fut porté en avant à l'aide d'une anse de fil passée à travers l'épiglotte; l'œsophage au niveau du cricoïde n'admettait que la pulpe du petit doigt; à gauche de la ligne médiane, au niveau de la tumeur, ulcère de la muqueuse à bords flottants. L'extirpation étant jugée impossible, la tumeur fut évidée avec la cuillère tranchante et le passage rétabli.

Les jours suivants alimentation par la sonde.

Le 18 mars. La gêne de la déglutition reparaît.

Le 8 avril. En présence de l'amaigrissement de la malade, on se décide à faire la gastro-stomie.

Incison oblique à un bon travers de doigt en dedans du rebord costal gauche, dans l'étendue de cinq centimètres, à partir de deux centimètres de l'appendice xyphoïde. Pas de manifestation fébrile

(1) Trendelemburg : *In Traité de la gastro-stomie*, par le Dr Henri Petit.

consécutive. Les quatre premiers jours, alimentation par le rectum.

Le 11 avril. L'opérée est assise dans son lit et occupée à tricoter.

Le 16 avril. Une canule de caoutchouc durci est introduite dans la fistule. On introduit ensuite le manger et le boire par cet appareil après les avoir préparés comme d'habitude.

19 mai. Douleur au cou.

22 juin. Tumeur pharyngienne, accrue considérablement.

Mort, le 9 octobre, d'épuisement après plusieurs hémorrhagies par l'anus entouré de tumeurs hémorroïdales. Autopsie. Pourtour de la fistule abdominale formée par la peau intacte. Tumeur pharyngienne accusant la structure du cancer à l'examen microscopique (1).

Observation XLIII

Retrécissement cancéreux de l'œsophage chez un homme de quarante trois ans. — Pleurésie double et gangrène pulmonaire; mort onze jours après.

(Trendelenburg, *in Traité de la gastro-stomie*, par H. Petit.)

Observation XLIV

Gastro-stomie faite le 10 février 1879, par le docteur Langton, à l'hôpital Saint-Barthélemy, sur un sujet de cinquante-cinq ans, cancéreux, émacié. — Pansement de Lister. — Mort le dixième jour sans péritonite. — Noyaux cancéreux dans le poumon.

(Dr Langton, *The Brit. med. jour.*, 1er et 15 mars 1879).

Observation XLV

Carcinome de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort au cinquième jour.

(Mac Carthy, *The Lancet*, 5 avril 1879).

Homme, soixante-un-ans. Rétrécissement rapidement infranchissable de la partie inférieure de l'œsophage. Gastro-stomie le 8 janvier

(1) G. Studsgaard. *In Traité de la gastro-stomie*, par H. Petit.

1879. Incision parallèle aux cartilages costaux gauches, à un travers de doigt environ au-dessous. Elle mesurait 3 centimètres et se terminait au niveau d'une ligne qui unissait la convexité des neuvièmes cartilages costaux. L'étroitesse de la plaie, l'effacement de l'estomac, rendirent sa recherche assez laborieuse.

Les suites immédiates sont satisfaisantes.

La mort survint dans un état de faiblesse extrême.

Les aliments injectés dans l'estomac n'étaient pas supportés.

Autopsie. — Cancer de l'œsophage et légère altération de la petite courbure. Pleurésie double des bases. Adhérence de l'estomac et de la peau déjà solides.

Observation XLVI

Gastro-stomie pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage. — Guérison.

(Langenbeck, *Société Médicale de Berlin,* 15 janvier 1879).

Homme robuste, ayant absorbé des aliments trop chauds; il fut pris peu de temps après de gêne de la déglutition. Entre à l'hôpital israëlite de Berlin le 22 novembre 1878. Le malade est aphone depuis quelque temps. On constate par l'examen que l'œsophage n'est traversé que par les sondes les plus fines. L'obstacle siège à 22 centimètres en arrière des dents, c'est-à-dire à la partie la plus élevée de la portion thoracique de l'œsophage. La corde vocale gauche est paralysée. Le 18 décembre 1878 Langenbeck pratique la gastro-stomie. La cavité abdominale est ouverte, et la paroi antérieure de l'estomac est suturée à la plaie abdominale. Cinq jours plus tard, incision de l'estomac. L'incision de l'abdomen commençait à 2 centimètres à gauche de l'extrémité de l'appendice xyphoïde; elle se dirigeait en bas sur une longueur de 10 centimètres, en déviant un peu à gauche de la verticale, et se terminait à une ligne fictive reliant les points d'insertion des dixièmes cartilages costaux aux neuvièmes. Le péritoine ayant été ouvert, on aperçut dans l'angle supérieur de la plaie le bord inférieur du lobe hépatique gauche, et au-dessous de ce dernier et recouvert en partie par lui, la paroi gris mat de l'estomac, qui ne tarda pas à devenir rosée sous l'influence des pulvérisations

phéniquées. Chaque lèvre de l'incision du péritoine pariétal fut saisie par deux pinces à verrou.

La paroi antérieure de l'estomac fut attirée au niveau de la plaie abdominale et maintenue au contact avec elle par le moyen d'une aiguille d'acier longue de 12 centimètres, introduite à 2 centimètres de la lèvre gauche de la plaie abdominale, traversant d'abord de dehors en dedans, puis de dedans en dehors de l'estomac en ressortant à 2 centimètres de la lèvre droite de la plaie abdominale. La région stomacale qui se présentait à l'incision fut suturée au péritoine pariétal par une couronne de fils de catgut extrêmement rapprochés les uns des autres. Enfin, des deux côtés, deux sutures de soie phéniquée furent encore passées à travers l'épaisseur des parois de l'abdomen et de l'estomac.

Ni fièvre, ni aucun trouble.

Lavements peptonisés, 150 à 200 grammes. Glace dans la bouche. Au bout de vingt-quatre heures, on enleva la longue anguille. Quatre jours plus tard, on pratiqua sans endormir le malade, qui ne s'en aperçut même pas, une incision cruciale de la paroi stomacale, juste assez grande pour permettre l'introduction d'un tube à drainage de moyenne grosseur. Injection chaque jour dans l'estomac, en trois fois, de 1,400 grammes de lait, 8 œufs et 3 cuillerées de solution de viande de Leube.

Le malade recouvra peu à peu la faculté d'avaler les liquides par la bouche, chose importante, car il se plaignait de la soif, et, quand il avait l'estomac plein, il disait : « Je suis rassasié en bas, et non en haut. »

Actuellement le malade, guéri absolument, porte un appareil destiné à fixer le drain et à empêcher l'issue des liquides alimentaires par sa fistule. Cet appareil consiste en un pessaire annulaire à air, dont l'ouverture centrale correspond exactement au diamètre du drain. On fait passer ce drain au travers de l'ouverture du pessaire, qu'on insuffle et qu'on maintient solidement fixé par un bandage sur la fistule stomacale.

Observation XLVII

Gastro-stomie en deux temps pour un cancer du cardia. — Survie quatre mois.

Capitaine de marine marchande atteint de cancer du cardia. Gastrostomie faite en deux temps. On suture d'abord l'estomac aux parois

abdominales en employant la méthode antiseptique de Lister. Le malade est nourri pendant quelques jours au moyen des lavements alimentaires riches en peptones. Le sixième jour, on incise les parois stomacales. Les adhérences entre l'estomac et les parois abdominales étaient complètes. On nourrit alors l'opéré par la fistule. Le malade succombe quatre mois après à l'envahissement de la lésion première (1).

Observation XLVIII

Cancer de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort.

(Rose, de Munich).

Marinier, trente-cinq ans. Le début de la dysphagie remonte à février 1878. Le malade, alcoolique invétéré, a eu depuis quelques années plusieurs pleurésies et hémoptysies. Toux incessante et expectoration. Des séances répétées de cathétérisme parvinrent à dilater le rétrécissement qui correspondait à la bifurcation trachéale. L'amélioration dura deux mois; puis la dysphagie recommença. Cyanose, dyspnée mais apyrexie.

Gastro-stomie le 28 octobre. Même procédé que pour le premier cas. On mit neuf sutures de soie. L'opération fut faite sous un nuage de thymol.

A partir du deuxième jour, on versa toutes les demi-heures une cuillerée de lait dans l'orifice. Quelques vomissements qui se produisirent furent arrêtés par la morphine.

Fièvre le 31 au soir. Dès lors, on introduisit une sonde dans le pylore et on injecte matin et soir un pot de lait avec des œufs et six onces de bon vin. Rien ne ressortit et la fièvre disparut.

Néanmoins mort le 1er novembre au soir. Des neuf ligatures, quatre étaient tombées.

Autopsie. — Pas de péritonite. Pleurésie interlobaire gauche. Nombreux foyers d'hépatisation lobulaire disséminés dans les deux poumons avec pus et dilatation bronchique du lobe inférieur droit. Au-dessous de la partie moyenne de l'œsophage, altération carcinomateuse.

(1) Dr Escher (Théodore), *Congrès chirurgical de Gênes*, 23 septembre 1880.

Observation XLIX

Gastro-stomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Mort trente-sept heures après l'opération.

(Gritti, de Milan) (1).

Un homme de cinquante-huit ans était malade depuis le milieu de septembre 1878. Il avait une grande difficulté dans la déglutition avec régurgitation des aliments. Depuis déjà deux mois, le rétrécissement ne pouvait pas être franchi par la plus petite sonde. Son siège se trouvait à 33 centimètres au-dessous des dents. Comme depuis six jours le malade n'avait pu prendre d'aliments, il était très affaibli. La gastro-stomie fut exécutée par M. Gritti. Pas d'anesthésie, le malade étant trop faible. Incision de 5 centimètres parallèle au rebord des côtés gauches. Le lobe gauche du foie et le colon vide furent mis à nu. L'épiploon et le colon étant tirés en bas, on mit l'estomac à découvert. L'estomac fut tiré, suturé et ouvert avec précaution. On sutura la plaie de 2 centimètres faite à l'estomac, avec les bords de l'incision abdominale. Au moyen d'une sonde de Nélaton, on introduisit du jus de viande dans l'estomac.

L'opération fut aggravée par les mouvements du patient, qui mourut trente-sept heures après dans le collapsus.

Autopsie. — Les deux séreuses viscérale et pariétale se trouvaient exactement affrontées. La fistule se trouvait sur la face antérieure de l'estomac à 5 centimètres du pylore et à 2 centimètres de la grande courbure. Le rétrécissement était causé par un cancer annulaire de 5 centimètres de long.

Observation L

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort trente heures après l'opération de péritonite.

(Weinlechner) (2).

Jeune homme de dix-sept ans, a avalé de la potasse caustique. Les six jours avant son entrée à l'hôpital, il n'a pu avaler ni aliments

(1) *Gazette Médicale de Lombardie*, 1881, n° 1.

(2) *Wiener med. Blatter*, 1880, nos 47 et 48.

solides, ni aliments liquides. Dans les sept jours entre son entrée à l'hôpital et l'opération, les forces diminuèrent malgré des lavements nutritifs de Leube. Gastro-stomie d'après le procédé de Verneuil. Après l'opération, on administre encore des lavements nutritifs.

Mort trente heures après l'opération, par péritonite purulente avec légère exsudation de lymphe.

L'autopsie montra de plus que la partie pylorique était atteinte. On avait déjà du reste remarqué, pendant l'opération, une certaine dilatation de l'estomac.

Observation LI

Rétrécissement cicatriciel, chez un enfant de deux ans, après l'absorption d'un liquide corrosif. — Gastro-stomie en deux temps. — Guérison (1).

(Langenbuck.)

Observation LII

Cancer de l'œsophage, chez une femme de soixante-deux ans. — Mort deux jours après l'opération d'inanition et de propagation cancéreuse.

(Langenbuck.)

Observation LIII.

Retrécissement infranchissable de l'œsophage. — Gastro-stomie. (2).

(Sklifasowski.)

Le malade, homme de trente-huit ans, a, sans maladie antérieure, éprouvé en décembre 1878 une gêne de la déglutition qui atteignit bientôt un haut degré. Depuis la fin de février 1879, il est nourri par lavements; trois jours avant son entrée, il lui est devenu impossible d'avaler même une gorgée d'eau. Le malade étant très amaigri, on peut constater l'existence, un peu au-dessous de cartilage cricoïde,

(1) *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1881, n° 18.

(2) *Med. Westnich*, 1879 nos 21 et 22.

d'une induration assez mal limitée, qui s'oppose au passage de la sonde dans le cathétérisme de l'œsophage.

Gastro-stomie le 8 mars 1879. Spray phéniqué; incision de six centimètres commençant au niveau de l'appendice xyphoïde et suivant la huitième côte à gauche. Après incision du péritoine, le lobe gauche du foie se présente et reposant sur lui le colon transverse. L'estomac très retracté est situé plus en arrière. La paroi antérieure de l'estomac saisie avec le doigt est fixée aux angles supérieur et inférieur de la plaie à l'aide de deux fils de soie, traversant toute l'épaisseur de la paroi stomacale. Ensuite, réunion de la séreuse de l'estomac aux bords de l'incision du péritoine à l'aide de sutures de catgut et ouverture de l'estomac, dont les bords sont suturés à la plaie extérieure avec des fils de soie phéniquée. Immédiatement après l'opération on injecte dans l'estomac quatre cuillerées de lait chaud et un verre de Xérès qui raniment notablement les forces du malade. Trois heures après, nouvelle injection de même quantité. Au bout de 20 heures, mort par épuisement.

Autopsie. — La plaie est dans toute son étendue à peu près réunie avec les parties voisines et se trouve située à deux centimètres et demi au-dessous du cardia, sur la paroi antérieure de l'estomac. L'œsophage présente sur deux points un retrécissement cancéreux; le plus haut de ces points est un peu plus bas que le cartilage cricoïde. Entre les deux retrécissements, le tissu de ce conduit est ramolli et il existe une perforation conduisant dans la trachée. Le poumon gauche est induré dans son lobe inférieur; les bronches contiennent du pus, la droite est dilatée et présente une caverne bronchectasique.

Observation LIV

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Survie de dix-huit mois et demi. (1)

(Rye-Smith).

E. S., veuve de soixante-six ans, entra à l'hôpital de Sheffield, en mars 1879; elle se plaignait d'une douleur dans le cou, de difficulté d'avaler et d'amaigrissement.

(1) *Congrès international de Londres*, 1881.

Ces symptômes s'étaient aggravés depuis trois mois.

La patiente dit ne pas connaître de cause à son affection (on a su, après sa mort, que trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait avalé un petit verre d'ammoniaque). A l'examen, une bougie n° 5, ne peut pas dépasser le cartilage cricoïde.

Comme il y avait danger de mort par inanition et que la malade souhaitait l'opération, la gastro-stomie fut pratiquée le 4 avril 1879. Après toutes les précautions antiseptiques, l'estomac fut ouvert dans la ligne semi-lunaire. La patiente fut nourrie par la fistule stomacale, quoique jusqu'à sa mort elle ait pu déglutir quelque liquide. Le poids de son corps était, trois mois après l'opération, exactement le même que deux jours auparavant.

Quoique alitée, la patiente vécut de seize à dix-sept mois avec une santé et un bien-être relatifs; puis elle maigrit rapidement et mourut le 19 octobre 1880, dix-huit mois et demi après l'opération.

Autopsie. — Rétrécissement de l'œsophage, long de 3/4 de pouce, au-dessus de la bifurcation de la trachée sans néoplasmes ni ulcération. L'estomac est sain et solidement fixé à la paroi abdominale aux environs de la fistule. Pneumonie récente aux sommets des poumons. Les autres organes sont sains, mais atrophiés.

Observation LV

Rétrécissement œsophagien cancéreux infranchissable. — Inanition imminente. — Gastro-stomie. — Survie de soixante-sept jours.

(M. Krœlein.)

Cultivateur, soixante et onze ans. Entré le 2 avril 1879 à la clinique chirurgicale de Giessen. Début de son affection : Noël 1878; dysphagie croissante pour les liquides. Impossibilité absolue d'avaler les solides. On trouve un rétrécissement au-dessus du cardia.

Faiblesse extrême. Impossibilité d'avaler une goutte d'eau. Opération pratiquée par M. Krœnlein, le 23 avril. Toutes les précautions antiseptiques sont prises.

Incision cutanée de 8 centimètres, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, à un travers de doigt au-dessous du rebord costal gauche et parallèle au huitième cartilage costal. Hémostase complète

au moyen de fins fils de catgut. En refoulant un peu à droite le bord du lobe hépatique gauche, qui est visible dans la plaie, on aperçoit la paroi antérieure de l'estomac, qui est à peine rétracté. On la saisit avec des pinces et on l'attire dans la plaie jusqu'à ce qu'un petit coin des parois stomacales vienne proéminer entre les lèvres de l'incision abdominale. Pour l'y fixer, on enfonce au travers une aiguille de 15 centimètres, dont les deux extrémités viennent reposer sur la peau, tandis qu'elle est recouverte, entre ses orifices d'entrée et de sortie, par un pont large de 1 centimètre constitué par toutes les tuniques gastriques. Ensuite, sauf en son milieu, où il reste une ouverture de 2 centimètres exactement remplie par le cône stomacal, on referme la plaie abdominale avec des fils de soie qui comprennent la peau, les muscles et le péritoine. Enfin, la portion herniée de l'estomac est suturée à la paroi abdominale par une couronne de fils embrassant dans leur trajet les parois gastrique, abdominale et péritonéale. On a ainsi amené et maintenu au jour une surface de la paroi stomacale antérieure de la dimension d'une pièce de 1 franc. Pansement à la gaze phéniquée, à l'ouate salicylée.

Aucune réaction locale ou générale.

Le 25, on retira l'aiguille, et le 28, c'est-à-dire cinq jours après la gastro-stomie, on ouvrit l'estomac en coupant le pont compris entre les deux trous de l'aiguille.

Les surfaces saignantes profondes se réunirent par première intention, tandis que les lèvres cutanées, tiraillées sans cesse par les mouvements respiratoires, s'écartèrent l'une de l'autre après l'ablation des sutures. Néanmoins, quatre semaines après, la cicatrisation était achevée. Pour obturer la fistule stomacale, on se servit, tant que la plaie cutanée n'était pas refermée, de l'appareil employé par Langenbeck (*Obs. XLVI*).

Plus tard, il suffit d'un peu d'ouate maintenue par un tour de bande.

Le malade quitte l'hôpital le 16 juin, sans avoir repris ses forces, malgré une alimentation abondante et substantielle; enfin, il succombait le 30 juin aux progrès de la cachexie cancéreuse.

Autopsie.— Une infiltration dure et proéminente des parois œsophagiennes oblitérait la lumière de ce conduit. La fistule gastro-stomique se trouve à la face antérieure de l'estomac, un peu plus rapprochée de la petite courbure, à égale distance entre le cardia et le pylore. Au pourtour de la fistule et sur la grande courbure, la muqueuse est épaissie et mamelonnée.

Observation LVI

Cancer de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort au bout de huit jours.

(M. Milner Moore.)

J. C..., quarante-cinq ans, fut reçu le 22 avril 1879 à l'hôpital de Coventry and Warwickshire, présentant tous les symptômes d'un rétrécissement organique de l'œsophage. Il s'était toujours bien porté jusqu'au commencement de février, époque à laquelle il commença à sentir une douleur vive dans les environs de l'extrémité du tiers inférieur du sternum, et en même temps ses aliments étaient régurgités deux minutes après avoir été avalés. Il n'a jamais eu de syphilis ; sa famille n'est pas suspecte de cancer.

Lors de son admission à l'hôpital, son aspect était misérable. Il avait de fréquentes faiblesses. Son pouls était faible, il ne pouvait conserver aucun aliment plus d'une demi-minute après l'avoir avalé. Il se plaignait d'une grande douleur dans le sternum. Le cœur et les poumons sont sains. Le foie semble augmenté de volume; l'urine ne contient pas d'albumine.

M. Moore passe une sonde élastique n° 12, avec beaucoup de précaution, jusqu'à deux ou trois pouces de l'estomac; mais là elle est arrêtée. Un peu de lait injecté par ce tube est immédiatement rejeté, mélangé de sang et d'un liquide qui, au microscope, est reconnu contenir des cellules grandes et organisées.

Le patient dut alors ne prendre par la bouche que de la glace et être nourri uniquement par des lavements nutritifs. Ce traitement fut continué pendant cinq jours, au bout desquels les lavements étaient rejetés.

Ayant posé le diagnostic de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, on décida que tôt ou tard il faudrait tenter une voie directe vers l'estomac, sous peine de laisser le malade mourir de faim. Sur ces entrefaites, le malade quitta l'hôpital, mais il y revint le 3 mai, demandant qu'on lui fit l'opération. Le 4 mai, on lui fit la gastro-stomie. Son état alors était celui-ci : pouls, 106, très faible; il rejette une petite quantité de sang et de pus; douleur vive au niveau du rétrécissement. Température 97° F., langue épaisse. Opération à 1 heure 15 minutes. Le patient ayant été chloroformisé, M. Moore fit l'incision suivant les préceptes de M. Erischen; mais quand le péritoine eut été

divisé on ne trouva que l'épiploon; de sorte qu'on dut prolonger l'incision, et après quelques difficultés, l'estomac fut saisi, cousu aux bords de l'ouverture par des fils de catgut, et ouvert, bien qu'il y eût un léger écoulement de sang.

Une sonde fut introduite dans l'estomac et on y injecta 2 onces de lait et d'eau-de-vie. Un tampon d'ouate trempée dans l'huile phéniquée fut mise sur la plaie et maintenue avec un bandage de corps; à trois heures quarante-cinq minutes, légère injection sous-cutanée de morphine; à quatre heures trente minutes, on injecte dans l'estomac 2 onces de lait; à six heures, lavement nutritif; à onze heures du soir, le malade se sent bien; pouls 124; temp. 97° F.; léger écoulement de sang par la plaie. La nuit fut assez bonne.

Le lendemain matin, 5, nulle douleur aux environs de la plaie, qui paraît en bon état. Temp. 96°8 F.; pouls 122.

Soir, temp. 99° F.; pouls 122. On lui injecte 4 onces de lait à 10 heures du matin, 4 heures 45 du soir et 10 heures du soir. A 3 heures 30 du matin, un lavement nutritif.

Le 6, le malade a passé une bonne nuit, se trouve bien. Pouls plus fort, 110; temp. 98°2 F. 5 onces de lait et d'eau-de-vie sont injectées dans l'estomac à 10 heures du matin et à 2 heures, à 6 heures et à 10 heures du soir. Lavement nutritif à 4 heures du matin.

Le 7, le malade dit qu'il est heureux qu'on lui ait fait cette opération; car il ne souffre plus de l'estomac. Pouls 110.

Le 8, quand on enlève le tampon de ouate, on voit s'écouler une quantité d'un liquide brunâtre. Il ne crache plus de sang, ce qu'il faisait avec abondance la veille, et ce qui avait nécessité de lui faire prendre une solution de perchlorure de fer. La nourriture est continuée comme auparavant. Pouls 136; temp. 98°5F.

Le 9, il souffre beaucoup du siège de son rétrécissement. Temp. 102 F.; pouls 156. Le 10, il se trouve mieux. Pouls 124; temp. matin 97° F.; temp. soir 97°5 F.

Le 11, il a passé une très bonne nuit. Temp. 101° F. A 10 heures du matin, après une injection d'une seringue de lait, il se plaint d'une douleur qui lui correspond jusqu'à l'épaule. L'estomac ne retint qu'environ trois onces de lait. A deux heures du soir, on ne peut lui injecter que deux onces; la douleur est toujours très vive dans l'épigastre. Le pouls est très faible et très rapide. Trois onces de lait sans eau-de-vie injectées à 9 heures du soir, sont retenues sans douleur. A partir de ce moment, il tomba dans le coma et mourut le 12, à 5 heures du matin.

Autopsie à 3 heures 15 du soir le même jour.

Les bords de l'ouverture stomacale sont adhérents à la paroi abdominale; à la partie inférieure de la fistule, on trouve que l'épiploon a été compris dans les sutures.

La fistule a été faite dans la région pylorique. Du reste, le foie, fortement hypertrophié et cancéreux, recouvre toute la partie antérieure de l'estomac, sauf cette portion pylorique. L'estomac est petit et remarquablement épaissi. Il n'y a pas de trace de péritonite.

L'œsophage est envahi par une masse cancéreuse qui commence au cardia, remonte à quatre pouces au-dessus et a causé l'adhérence de l'œsophage à la plèvre gauche.

Observation LVII

Cancer de l'œsophage. Gastro-stomie. — Succès opératoire. — Mort deux mois après l'extension du cancer.

(M. Bryant.)

J. B..., soixante-un ans, laboureur. Bonne santé jusqu'alors. Aucun antécédent.

En février 1880, il s'aperçut d'une certaine difficulté pour avaler les solides. Les aliments s'arrêtaient à l'extrémité supérieure de l'œsophage, au niveau de la fourchette du sternum. Néanmoins l'appétit existait et cet homme ne souffrait que de la faim.

A l'examen, on sent une tumeur fluctuante circonscrite à la partie interne de la clavicule gauche. On trouve quelques ganglions dans l'aisselle gauche. Il y a un abcès sur le dos du pied gauche.

20 février. — Une bougie ne peut pas franchir le rétrécissement. Le malade avale de temps en temps quelques gorgées d'eau.

6 mars. — Ouverture de l'abcès du pied, cathétérisme toujours impossible.

10 mars. — Lait et eau-de-vie en lavements.

11. — M. Bryant pratique le premier temps de la gastro-stomie comme il est dit dans l'observation.

16. — Pas d'accident. Opération complétée.

17. — Température normale. De deux en deux heures, injection par la fistule stomacale de lait, eau-de-vie et œufs.

18. — Injection de nourriture toutes les quatre heures.

19. — Nouvel abcès de pied.

22. — Température normale. La quantité de nourriture est augmentée de jour en jour. Le malade pèse 98 livres.

21 avril. — Le malade pèse 103 livres.

5 mai. — Toux fatigante. Affaiblissement.

10. — Mort.

Autopsie. — Extension du cancer à la trachée, à la langue, au foie.

Observation LVIII

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastro-stomie à deux temps. Guérison complète.

(M. Bryant) (1).

Femme, trente-trois ans. Sa santé fut bonne jusqu'au mois de janvier 1880. A cette époque, ella avala un verre d'acide sulfurique. La difficulté de la déglution commença aussitôt et ne fit qu'accroître depuis. Ne pouvant plus rien avaler, elle entre à *Guy's Hospital* fin juillet 1880.

La gastro-stomie est faite le 3 août.

Spray phéniqué. Incision de trois pouces, le long du rebord des côtes gauches. Division des muscles et du péritoine après l'hémostase complète.

On tombe sur le lobe gauche du foie qu'on relève. On trouve alors l'estomac qui est saisi et amené à l'ouverture. Il fut d'abord fixé par deux fils phéniqués, passés à travers sa paroi et la paroi abdominale, puis cousu par une série de points interrompus, qui maintenaient adossés les deux feuillets du péritoine.

Pendant cinq jours, la patiente fut nourrie avec des lavements. La plaie était pansée avec de la charpie trempée dans de l'huile térébenthinée. Aucun accident ne suivit l'opération, et le sixième jour on ouvrit l'estomac, en lui faisant une très petite ouverture d'à peine un huitième de pouce. Un tube de caoutchouc introduit par cette fente la dilata un peu. Par ce tube on versa du lait. Cette alimentation fut continuée dans la suite, et la malade alla de mieux en mieux.

(1) *The Lancet*, 9 avril 1881.

En trois mois, elle gagna 19 livres. Huit mois après l'opération, elle est en parfaite santé, et si ce n'est la privation des plaisirs de la table, elle n'a rien à désirer.

Observation LIX

Gastro-stomie. — Établissement d'une fistule gastrique dans un cas de rétrécissement de l'œsophage. — Mort trente-trois jours après l'opération.

(Professeur Georges Buchanan, de Glascow (1).

William B..., soixante ans, entre à l'hôpital de l'Ouest de Glascow, le 10 septembre 1880; il se plaint de symptômes qui indiquent un rétrécissement de l'œsophage. Pas d'antécédents morbides ni dans sa famille, ni dans sa jeunesse. Les symptômes commencèrent en février 1880 par une difficulté pour avaler les solides. Graduellement, la difficulté devint telle, qu'il était, dès le mois de juin, incapable d'avaler un potage au pain. Il ne se nourrit alors que de purée de pois. Bientôt cependant les liquides seuls purent passer. Il en était à ce point lors de son entrée à l'hôpital. Il avait beaucoup maigri, mais ne présentait aucun autre fâcheux symptôme. Le Dr Buchanan essaya de passer des sondes ou des bougies, qui s'arrêtèrent environ à la moitié de l'œsophage. On commença alors à le nourrir avec des lavements à partir dn 20 septembre.

Mais l'émaciation continuant, on décida l'opération, qui fut exécutée le 27 octobre 1880.

Une incision d'un pouce et demi fut faite à travers la ligne semi lunaire, parallèle au huitième cartilage costal, et à environ un pouce en-dessous. Les tissus de l'abdomen furent incisés jusqu'au péritoine, puis le péritoine fut incisé.

A la partie inférieure de l'incision, on vit le colon transverse. On introduisit alors une pince à la recherche de l'estomac, et la face antérieure de cet organe fut saisie par cet instrument; on voyait l'artère gastro-épiploïque de la grande courbure à deux pouces au dessous de cette partie. On la tira alors à l'ouverture abdominale et on enfonça deux aiguilles distantes l'une de l'autre d'un pouce et

(1) *The Lancet*, 1er janvier 1881.

demi à travers le viscère, mais aussi à travers les faces opposées des bords de l'incision. L'estomac fut suturé avec soin par dix fils phéniqués aux bords de l'ouverture abdominale, et une incision d'environ un pouce de longueur fut faite dans sa paroi antérieure entre les fils des sutures au moyen de ciseaux. On fit alors une plus petite incision croisant en croix la première, et les quatre angles de la paroi stomacale résultant de cette incision cruciale furent suturés aux bords de l'ouverture abdominale. L'opération, faite sous le spray phéniqué, fut complétée en passant une longue aiguille à travers un long tube de caoutchouc, à environ trois pouces de son extrémité. Cette extrémité la plus courte fut introduite dans l'estomac. L'aiguille maintint le tube appliqué sur la paroi abdominale. Le plus long bout du tube fut laissé dehors, et le pansement phéniqué ayant été fait, ce tube devait servir au drainage.

Pendant les trois jours qui suivirent l'opération, ce tube remplit parfaitement son but, et on recueillit une petite quantité de liquide bilieux jaunâtre.

C'est à peine si après l'opération on nota une légère élévation de température (100°). Il n'y eut aucun symptôme de péritonite. Les trois jours suivants, le malade fut nourri par des lavements (4 à 5 par vingt-quatre heures).

Le 30 octobre, soit le quatrième jour, on leva le premier pansement; et la fonction du drain fut convertie en fonction nutritive. Une once et demie de lait et un peu d'eau-de-vie furent introduits dans l'estomac. On continua ainsi toutes les deux heures, ce jour-là et le suivant; après quoi, on augmenta graduellement la nourriture, et le 4 novembre, 11 à 15 onces de lait et d'eau-de-vie furent introduites par vingt-quatre heures.

Le 6, le tube fut retiré et l'ouverture de l'estomac fut oblitérée par un tampon de charpie boriquée, maintenu par quelques tours de bande; on le retirait quand on voulait introduire des aliments.

Le même jour, on introduisit dans l'estomac 26 onces de lait et d'eau-de-vie, et le lendemain on remplaça cette alimentation par du thé au jus de viande, des peptones, etc. Durant tout ce temps, il n'y avait aucun fâcheux symptôme; cependant l'émaciation continuait en dépit des lavements et de la nourriture par l'estomac.

Le malade eut le délire la nuit; le matin il était inquiet, il se plaignait; d'autres fois il était plein d'espoir et se réjouissait.

Le 7, il devint évident qu'il perdait ses forces, et le 8 novembre, le

trente-troisième jour après l'opération, il mourut de faiblesse, n'ayant perdu connaissance qu'une heure.

Autopsie. — Les bords de la plaie abdominale et les parois stomacales sont parfaitement réunis.

On trouve une tumeur ovale entourant l'œsophage à deux pouces et demi du cardia. L'œsophage passait au milieu de cette tumeur et il était retréci sur une longueur de un pouce. La tumeur était cancéreuse.

Observation LX

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort le cinquième jour.

(M. Morris) (1).

Homme, soixante ans, souffrant depuis huit mois de dysphagie, était rendu au dernier point de l'émaciation. Une bougie d'un tout petit volume était arrêtée à 9 pouces de l'arcade dentaire, et son emploi était suivi du rejet par le malade de liquides visqueux et glaireux.

M. Morris pratiqua la gastro-stomie. Il fit une incision verticale dans la ligne semi-lunaire, ouvrit l'estomac en même temps et sutura les bords de la plaie abdominale aux bords de l'ouverture stomacale. La nourriture ne fut introduite dans l'estomac du patient que trois jours après l'opération. Les sutures furent enlevées le quatrième jour et il semblait que le malade allait fort bien, quand le cinquième jour il fut pris de vomissements et mourut rapidement.

Autopsie. — Cancer de l'œsophage s'étendant jusqu'au péricarde. La fistule stomacale était située à deux doigts du pylore.

Observation LXI, LXII, LXIII, LXIV

M. Golding Bird (2) rapporte avoir eu dans son service cinq cas de cancer de l'œsophage. Dans quatre, la gastro-stomie fut pratiquée.

(1) *The Lancet*, 19 mars 1881.
(2) *Id.*

Dans le cinquième, l'opération dut être abandonnée, une hémorrhagie de l'œsophage survenue subitement ayant entraîné la mort.

Il ajoute qu'il vaut mieux alimenter ses malades de suite après l'opération. Deux fois il ne le fit pas; les deux fois il perdit ses malades (cela nous ferait supposer que les deux autres ont guéri;) mais ce n'est pas dit dans sa communication.

Observation LXV

Rétrécissement infranchissable de l'œsophage. — Cancer. — Gastrostomie. — Mort au dix-neuvième jour après l'opération.

(Sklifasowski) (1).

Homme de cinquante-six ans, très émacié, rétrécissement de l'œsophage.

Précautions antiseptiques. Incision cutanée de 8 centimètres de long, commençant à l'appendice xyphoïde et parallèle au cartilage de la huitième côte. Le foie qui se présente est repoussé avec les doigts ; le péritoine viscéral de l'estomac est suturé soigneusement avec de nombreux fils de fin catgut au péritoine pariétal, et on fait à l'estomac une incision de 2 centimètres et demi.

Grâce aux sutures faites près à près, le liquide contenu dans l'estomac ne s'écoula pas dans la cavité abdominale. Puis on sutura au moyen de fils de soie la tunique musculaire de l'estomac à la paroi abdominale; et cela avec deux fils. Aussitôt après l'opération, on introduisit dans l'estomac quelques cuillerées de lait et de vin, puis la nutrition fut effectuée par la fistule stomacale en y injectant des aliments liquides (lait, bouillon, jus de viande, vin) dans la proportion de 3 onces à 3 livres par jour. Quatorze jours après, on y injecta un peu d'eau. Cependant les forces du malade diminuèrent de plus en plus et la mort survint le dix-neuvième jour.

Autopsie. — Sur la bifurcation de la trachée, cancer de l'œsophage. On ne trouve dans l'examen des autres organes, aucune cause de la mort.

(1) Rapport de Anton. Schmidt de Grodno. (Extrait du *Wratsch*, 1880 n° 21.)

Observation LXVI

Rétrécissement cancéreux. — Gastro-stomie en un seul temps. — Survie de quatre semaines.

(Lauenstein) Hambourg).

Ce chirurgien communique le cas suivant :

Il s'agit d'une vieille femme de soixante-deux ans souffrant d'un rétrécissement carcinomateux de l'œsophage. C'est à peine si une sonde très mince pouvait le franchir, et la patiente ne pouvait que très difficilement avaler quelques cuillerées à café de liquides. On se décida pour la gastro-stomie.

On mit l'estomac à jour par une incision transversale parallèle aux côtes gauches. Puis l'estomac fut suturé à la plaie abdominale et ouvert sur-le-champ dans la largeur d'une pièce d'un franc. On introduisit dans la fistule une sonde conique en gomme. La nutrition s'opéra facilement par la fistule. A dix jours de là, les signes de rétrécissement diminuèrent considérablement, surtout à la suite du rejet de matières sphacélées dû sans doute à la rupture d'un abcès siégeant au niveau du carcinome.

La mort eut lieu quatre semaines après l'opération par pneumonie (d'aspiration)?

Observation LXVII.

Carcinome du cardia. — Gastro-stomie. — Mort par inanition au bout de cinq jours.

(M. E. Rochelt) (1).

Un vieillard de soixante-dix ans éprouvait depuis un an et demi des difficultés pour avaler ses aliments. Dans les derniers cinq jours, il ne pouvait avaler de liquide. Le 29 mars 1882, la gastro-stomie fut faite.

M. Rochelt fit une incision de cinq centimètres de long au-dessous

(1) *Presse Médicale de Vienne*, 1882, nº 35.

de l'arc des côtes et parallèlement à elles. Au moyen de cette incision, l'estomac très retracté fut recherché, incisé et cousu dans la plaie faite à l'abdomen au moyen de 35 sutures de catgut. Trois jours après l'opération, le malade mourait de faiblesse.

Observation LXVIII

Rétrécissement carcinomateux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Succès opératoire. — Mort par extension du carcinome.

(N. O. Kappeler) (1).

L'opération fut faite chez un homme de soixante-neuf ans qui mourait de faim. Après l'ouverture de la cavité péritonéale, l'estomac fut cousu dans la plaie par 22 points de suture au catgut qui embrassaient ses tuniques musculaire et séreuse. Pansement de Lister. Lorsqu'au bout de quatre jours le pansement fut enlevé, la réunion était complète et la paroi stomacale fut incisée. La suite se passa sans réaction. Dans l'ouverture très grande faite à l'estomac, on mit un appareil fait spécialement *ad hoc* qui servit à l'introduction des aliments.

Le malade alla très bien pendant quatre semaines, puis mourut de propagation cancéreuse.

Observation LXIX

Gatro-stomie. — Mort neuf heures après l'opération.

(Tiliug) (2).

Opération pratiquée chez un homme de cinquante-sept ans, déjà très affaibli, et qu'on ne fortifia que par des injections musquées. L'opération réussit, mais le malade mourut neuf heures après. On

(1) *Journal allemand de chirurgie*, 1882.

(2) *Journal hebdomadaire Médical de Saint-Pétersbourg*, 1881, n° 49.

n'eut pas de peine à trouver l'estomac, quoiqu'il fût vide. On n'eut qu'à palper vers l'endroit où le cardia traverse le diaphragme pour être renseigné sur la situation de l'estomac.

Observation LXX

Rétrécissement cancéreux. — Gatro-stomie en deux temps. — Guérison.

(A. Wahner, de la Maison de Santé de Knie et Lowenstein. — Moscou.)

Un homme de quarante-neuf ans, très amaigri, qui auparavant avait une bonne santé, remarqua dans l'hiver de 1881 qu'il lui était difficile d'avaler ses aliments. La déglutition devint si difficile, que lorsque le malade se présenta au chirurgien, il n'avait pu avaler d'aliments liquides depuis cinq jours. L'examen au moyen de la sonde fit constater que le rétrécissement était situé à 30 centimètres des dents. Les autres organes sont sains.

L'opération est décidée : Bain, lavage du champ de l'opération à l'acide phénique. Opération d'après Fenger, sous le chloroforme, sans spray. L'estomac vide est recouvert par le foie. On le saisit avec la main pour l'attirer au dehors d'après la méthode de Tredelemburg, et on le suture dans l'incision faite à l'abdomen. Pansement à l'iodoforme. Lavements nutritifs quatre fois par jour. Aucune élévation du pouls (60 à 70°). Temp. : 36°8 à 37°8.

Le premier jour après l'opération, rétention d'urine (empoisonnement par l'iodoforme?) On pratique le cathétérisme.

Le cinquième jour, on enlève toutes les sutures, et comme le patient n'éprouvait ni faim ni soif, l'estomac ne fut ouvert que le huitième jour.

Les lavements nutritifs parurent suffisants pour soutenir les forces. Le pouls resta plein ; la température ne s'abaissa pas au-dessous de la normale. Avant l'opération, le malade pesait 105 livres et l'étonnement du chirurgien fut grand lorsqu'il s'aperçut que dix jours après l'opération, le poids avait diminué de 10 livres. A l'époque où le malade est présenté, soit quarante jours après l'opération, le poids du corps a augmenté de 5 livres depuis la dernière pesée.

Observation LXXI

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastro-stomie en un tem ps Mort au cinquième jour après l'opération par épuisement.

Observations LXXII, LXXIII, LXXIV, LXXV, LXXVI, LXXVII, LXXVIII, LXXIX, LXXX, LXXXI

Dix cas de gastro-stomie.

(Albert de Vienne) (1).

En 1881, on reçut à la clinique du professeur Albert 21 cas de rétrécissement de l'œsophage. On pratiqua douze fois l'opération de la fistule gastrique. Chez deux malades, on fit une probelaparotomie ? sans qu'elle eût une influence pernicieuse quelconque sur l'état du malade. Dans les 10 autres cas, on fixa l'estomac pour la gastro-stomie. Chez deux opérés, on pratiqua la fistule stomacale immédiatement; chez six autres, plus tard.

Les deux autres moururent avant l'ouverture de l'estomac. Sur ces dix opérés, cinq moururent bientôt après l'incision, trois de péritoni t générale, deux par propagation du cancer.

Des patients qui supportèrent l'opération, quatre atteints de carcinome survécurent de deux à quatre mois.

Un autre malade, atteint de rétrécissement cicatriciel, est encore en fort bonne santé.

Observation LXXXII

Rétrécissement fibreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Succès opératoire. — Mort par inanition.

(M. Tillaux).

Alexis C..., cinquante-deux ans, entre le 12 février 1882 à Beaujon. Déjà en 1881, il avait été soigné pour un rétrécissement de l'œsophage. Cet homme a toujours été fort bizarre et extravagant.

(1) *Journal médical de Vienne*, 1882, nos 15-19-21-24.

Pas de cause connue à son rétrécissement, ni caustiques, ni syphilis, ni hérédité.

En 1881, la dilatation commencée amena une amélioration sensible, mais elle fut interrompue.

En 1882, il ne vit plus que de lait et de bouillon en très petite quantité. Il est très affaibli et émacié. Gastro-stomie le 16 mars 1882.

Anesthésie. — L'incision de 5 centimètres environ parallèle au rebord des dernières côtes gauches, à 1 centimètre en-dedans de ce rebord et se terminant inférieurement au niveau d'une ligne transversale passant par les neuvièmes côtes.

M. Tillaux divise ensuite couche par couche la paroi abdominale jusqu'au péritoine exclusivement, et traverse ainsi les muscles larges de l'abdomen sans atteindre le bord externe du grand droit. Deux ou trois pinces hémostatiques suffisent. La plaie épongée, le péritoine est divisé à l'aide des pinces et des ciseaux.

A travers la boutonnière paraît, non pas l'estomac, mais le grand épiploon. De très légères tractions suffisent pour abaisser l'estomac et mettre sa paroi antérieure en rapport avec la plaie. Cet organe est ensuite saisi avec un crochet, attiré entre les lèvres de la plaie, fixé par deux longues aiguilles qui l'embrochent. On attire le péritoine qui se trouve ainsi intimement adossé à la face externe de l'estomac. Cette petite manœuvre facilite les sutures. On en met 17. Puis on ouvre l'estomac et on y introduit une sonde de 50 centimètres.

Pas une goutte de sang n'a été versée dans le péritoine.

16 mars au soir. — Bon état. Temp. 38°5.

17. Très bon état. Temp. 38°4. Injection de deux œufs, un demi litre de lait, une noix de côtelette hachée, pansement renouvelé.

18. Même état, même alimentation. Temp. 37°.

20. Pansement renouvelé tous les jours. État général excellent.

21. Le malade a voulu se lever. Pansement souillé. Pourtour de la plaie rouge. Suppression du pansement. Cataplasmes. Temp. 37°2.

22. Excellent état.

23. Rien de nouveau.

24. Le malade très exaspéré refuse qu'on lui injecte des aliments et veut avaler par la bouche, ce qui lui est impossible.

25. Excitation croissante. Le malade boit beaucoup et rejette toute sa boisson. Il est impossible de l'obliger à se laisser injecter des aliments par sa fistule stomacale. État général mauvais. Figure pâle.

26, 27, 28. Amaigrissement croissant. Surexcitation très grande. Le malade frappe tous ceux qui l'approchent. Plaie en bon état.

29. On enlève les sutures. État grave. Maigreur effrayante. Voix éteinte.

2 avril. Mort.

Autopsie. — La bouche stomacale était située au niveau de la grosse extrémité de l'estomac près de la grande courbure.

Observation LXXXIII

Rétrécissement organique de l'œsophage. — Gastro-stomie à deux temps. — Succès opératoire. — Mort au vingt-troisième jour par gastrite parenchymateuse aiguë.

(M. Herbert W. Page).

W. N..., cinquante quatre ans, bonne santé jusqu'en décembre 1882. Il se plaint alors de difficulté d'avaler et de régurgitation après les repas. Il n'avait aucun autre symptôme de maladie; mais une petite bougie introduite dans l'œsophage ne pouvait pas dépasser le cardia. On posa le diagnostic de tumeur maligne de l'œsophage et on l'admit à l'hôpital en observation, et en cas que la gastro-stomie devînt nécessaire. Pendant quelque temps, il alla mieux, avalait plus facilement les aliments préparés spécialement pour lui, et sortit de l'hôpital.

Il y revint le 21 février 1883 dans un état de faiblesse extrême, et immédiatement, on pratiqua la gastro-stomie.

Le chirurgien suivit les préceptes de M. Bryant; il fit une incision oblique de 3 pouces de longueur parallèlement au rebord des côtes gauches et à 3/4 de pouce au-dessous. L'incision se terminait au dixième cartilage. Les muscles furent incisés jusqu'au péritoine; les artères liées; puis on fit au péritoine une incision d'un pouce. L'estomac qui apparut immédiatement fut saisi et amené à l'ouverture abdominale à l'aide de pinces. Au moyen de deux fils phéniqués passés dans son revêtement péritonéal, à environ un tiers de pouce l'un de l'autre, l'estomac fut maintenu à l'ouverture abdominale et suturé par une douzaine de fils fins passés dans sa tunique musculaire et à travers le péritoine pariétal.

L'opération faite sous le spray phéniqué ne présenta qu'une difficulté : c'est que en posant la dernière suture, heureusement la dernière, une artère se mit à saigner, avec tant de persistance,

qu'avant de faire le pansement, on dut tamponner la plaie avec une éponge.

Le 22 au soir, la température fut de 100° F. et descendit graduellement à la normale et y resta jusqu'au 11 mars, à l'exception d'un jour, le 28 février, où elle remonta à 100° à la suite d'une légère parotidite due au froid.

L'estomac fut ouvert le cinquième jour avec un ténotome. On retira un grand avantage dans cette opération des longs fils qu'on avait passés dans la tunique péritonéale, et qui avaient été laissés à demeure. L'ouverture de l'estomac donna issue pendant deux jours à un liquide épais, verdâtre, acide; cet écoulement cessa en partie mais causa cependant pendant une semaine de la rougeur et de la douleur à la partie inférieure de la plaie.

Le malade fut nourri par sa fistule dès qu'elle fût faite sans difficulté et le plus souvent sans régurgitation.

Sa faim était satisfaite, ses forces revenaient assez pour qu'il pût s'asseoir sur son lit. La fistule stomacale se contractait naturellement; il n'y avait pas eu le moindre vomissement depuis l'opération et les fonctions s'accomplissaient bien. Il ne pouvait pas être mieux et pensait à se lever sous peu, quand le soir du 11 mars, la température monta à 101° F sans autre cause appréciable que la constipation. Elle redevint normale jusqu'au 14 mars, jour où elle s'éleva encore à 101° F. Il avait été accablé tout le jour et la nuit s'était senti malade. Le 15 au matin, il commença à vomir.

Les efforts de vomissement furent très violents et le fatiguèrent beaucoup. Ils cessèrent à 10 heures du matin; mais sa douleur augmenta, localisée uniquement à la région de l'estomac. A partir de ce moment, la faiblesse du malade augmenta, sa température s'éleva à 103° F; il tomba dans le coma et mourut le 16, 36 heures après s'être senti indisposé, et après sa première élévation de température.

Autopsie. — A huit pouces et demi du cartilage cricoïde, est une masse qui ressemble à un squirrhe. Cette masse entoure l'œsophage et obstrue la lumière de ce conduit. La muqueuse est ulcérée.

Le pourtour de l'ouverture gastrique, qui avait été faite sur la face antérieure de l'estomac, est en bon état. Les surfaces péritonéales sont parfaitement adossées. La réunion en est complète. On trouve dans la cavité péritonéale environ un demi-litre d'un liquide jaunâtre de la consistance de beurre fondu. Il n'y a pas de lymphe sur la sur-

face des intestins qui, cependant, sont gras au toucher, et dont la tunique se laisse déchirer facilement. Le seul dépôt plastique se trouve sur la surface extérieure de l'enveloppe péritonéale de la rate. Une grande quantité de lymphe est épanchée dans les mailles du tissu sous-péritonéal aux environs de l'estomac, surtout autour de l'œsophage au niveau du diaphragme, au-dessous du feuillet postérieur du petit épiploon et entre les feuillets du méso-colon transverse. Les parois de l'estomac étaient épaissies d'un tiers de pouce et d'une couleur jaunâtre opaque. Cette coloration était marquée surtout sur la surface postérieure, dans le voisinage de la grande courbure.

La membrane muqueuse de l'estomac paraît épaissie et d'une couleur verte jaunâtre; elle présente çà et là des plaques de vaisseaux injectés. Elle n'est cependant pas ulcérée, si ce n'est aux bords de la fistule. L'épaississement des parois va graduellement jusqu'au pylore d'un côté et jusqu'au cardia de l'autre, pour s'y terminer brusquement. Cependant les parois de la première portion du duodénum présentent un léger degré d'épaississement. La surface interne de l'estomac présente un exsudat purulent, qui semble s'écouler des tuniques sous-muqueuse et musculaire; c'est sans doute à cela qu'est dû l'épaississement que nous avons décrit. On ne trouve rien de remarquable dans les autres organes du cadavre.

Cette observation présente un point fort remarquable et intéressant. C'est la gastrite parenchymateuse aiguë qui emporta le malade. C'est, d'après nos recherches, le seul accident de ce genre qui soit survenu après une gastrostomie. Toutes les précautions, cependant, avaient été prises; de plus, d'après l'autopsie, l'inflammation ne semble pas partir des bords de la fistule. Il n'y a pas d'érysipèle au pourtour de la plaie. En somme, le malade était guéri. Faut-il donc attribuer cet accident à l'opération ? Est-il dû à l'activité subite qu'on a donnée à l'estomac lorsque depuis longtemps déjà il ne fonctionnait presque plus ? Ou bien est-il une simple coïncidence ? Avec l'auteur de l'article dans lequel nous avons puisé cette intéressante observation, nous dirons, sans rien affirmer, qu'il est fort possible que,

même sans sa fistule stomacale, cet homme eût été pris d'une gastrite de cette nature. C'est un cas analogue à celui décrit par M. Leube dans l'*Encyclopédie* de Ziemsenn (1) sous le nom de *gastrite phlegmoneuse*. Le Dr Auvray (2) en rapporte un cas après une blessure de l'estomac; mais les cas les mieux décrits sont rapportés par M. Raynaud dans une longue note sur l'infiltration purulente des parois de l'estomac (3).

Observation. LXXXIV

Retrécissement de l'œsophage. — Gastro-stomie à deux temps. — **Mort** au huitième jour.

(M. Page).

C. S..., cinquante-neuf ans, fut admis à l'hospice de Newcastle, le 9 avril 1883.

Il raconte que subitement, un jour de mai 1882, une portion d'aliments qu'il avalait fut arrêtée dans son cours, et qu'il dut la rejeter. Auparavant il n'avait rien éprouvé d'anormal. Pendant six mois la difficulté à avaler des aliments solides ne fit qu'augmenter, et depuis cinq mois il ne peut plus avaler que des aliments liquides.

Il souffre d'une douleur rongeante dans l'épigastre. Il fut d'abord traité pour mauvaise digestion. Puis quatre mois avant son entrée à l'hospice, on lui passa une bougie, et on lui dit qu'il avait un petit cancer de l'œsophage. Cet homme n'a aucun antécédent fâcheux, ni syphilis, ni alcoolisme, ni semblant d'hérédité. Il n'a jamais eu d'hématémèse. Il a beaucoup maigri depuis quelque temps. Sa respiration est peu profonde, surtout thoracique; sa langue est épaisse, son abdomen déprimé.

M. Page essaie de passer une petite bougie dans l'œsophage, mais elle est arrêtée à 11 pouces et demi des dents. On lui fait avaler un

(1) Vol. VII, H. 2, p. 43. *Germ., édit.*

(2) Thèse Paris, 1866.

(3) *Bulletin de la Société anatomique,* tome VI, série 2, 1861.

peu de lait qui fut rejeté au bout d'une demi-minute. Alors on lui fit donner des lavements nutritifs, et on décida de pratiquer la gastrostomie dès qu'il le faudrait.

15 avril. Le malade est chloroformisé; M. Page fait une incision superficielle commençant à gauche et à 1 pouce un quart de l'appendice xyphoïde, s'étendant en bas sur une longueur de deux pouces un quart, parallèle au bord inférieur de la cage thoracique, mais en étant séparée par une distance d'un pouce un quart.

Le fascia transversalis fut mis à nu par une série de petites incisions. Deux petites artères furent liées et deux autres tordues. Puis le fascia et le péritoine furent divisés sur une sonde cannelée. A travers cette incision, avec le pouce et l'index de la main gauche, M. Page sentit d'abord une portion du colon qu'il retourna, puis une partie de l'épiploon qui recouvrait la grande courbure de l'estomac, puis la face antérieure de l'estomac, qu'il retira. Il l'attacha ensuite aux extrémités de l'incision par des points interrompus de fils de soie, qui traversaient le fascia transversalis et le feuillet pariétal du péritoine.

Il mit quatre points sur chaque côté et un seul à l'extrémité interne. Les surfaces de l'extrémité externe de l'ouverture furent ramenées en dedans et maintenues dans cette position par deux sutures superficielles au catgut. Un petit morceau d'éponge fut placé entre les surfaces de la plaie; puis par dessus on fit le pansement de Lister. On avait usé du spray phéniqué pendant toute l'opération, qui avait duré cinquante-neuf minutes.

15 avril. Ni douleurs, ni vomissements. Il fut nourri par des lavements nutritifs. A onze heures trente du matin, il est agité. Injection sous-cutanée de morphine. Temp. 100° F.

16. Pas de douleurs. Nouveaux lavements. Les deux derniers de la veille n'avaient pas été conservés. A neuf heures (soixante heures après l'opération), M. Page fait avec le bistouri une petite ouverture à l'estomac; il y introduit un cathéter de caoutchouc n° 8 et par ce moyen injecte dans l'estomac des aliments liquides. Le malade fut nourri de cette façon jusqu'à sa mort.

17. Il se plaint de douleur dans la région thoracique droite. Temp. 100° F; pouls 130°; respiration 26°.

18. Pas de douleur. Temp. matin : 99° F; soir : 101°2 F; pouls 120; respiration 26.

19 et 20. La température varia entre 100° et 102° F; pouls 120°; res-

piration 28°. Le 19 il commença à battre la campagne et resta ainsi jusqu'à sa mort.

Le 22, il mourut, cent-soixante heures après l'opération.

Autopsie trente-quatre heures après la mort. — La surface visible par l'ouverture stomacale était verdâtre et exhalait une odeur de putréfaction. Il n'y avait aucun commencement de réunion entre les deux feuillets du péritoine. On ne trouva cependant pes de péritonite, et les tissus environnant la fistule n'étaient ni ulcérés, ni enflammés. L'ouverture de l'estomac était située à un pouce et un quart de la grande courbure et à quatre pouces du pylore.

L'estomac contenait encore un peu de lait; sa muqueuse était pâle et opaque.

Dans l'œsophage on trouva une ulcération de deux pouces de longueur.

Les plèvres étaient saines. Mais il y avait de l'œdème aux bases des deux poumons.

Le sommet du poumon droit était induré, sans crépitation. Le poumon droit pesait 36 onces, et le gauche 33 et demi.

Le rein droit pesait 5 onces et demie. Sa capsule était adhérente; elle présentait deux kystes à liquide citrin.

La substance du rein était pâle et résistante au toucher.

Le rein gauche pesait 5 onces et contenait aussi un kyste.

Observation LXXXV

Rétrécissement fibreux de l'œsophage. Gatro-stomie en deux temps. Guérison complète.

(M. Thomas Whitehead Reid) (1).

Jeanne N.., quarante-trois ans, reçue à l'hôpital de Kent and Canterbury, le 13 avril 1883, pour dysphagie et vomissements après les repas. Depuis le 15 novembre 1882, elle est incapable d'avaler les aliments solides. Elle a commencé à maigrir depuis un mois, et a perdu un tiers de son poids. Sa position est fort pénible; car c'est à peine si le jour elle peut avaler quelques gouttes de liquide, et la nuit elle est fort incommodée par la salive qui lui emplit la bouche. Une

(1) *The Lancet*, 1883.

bougie œsophagienne est arrêtée à 11 pouces de l'arcade dentaire, et le n° 12 des cathéters ne franchit pas le rétrécissement.

La gastro-stomie fut décidée avec le consentement de la malade qui, ne pouvant plus avaler une goutte de lait peptonisé, recevait chaque jour plusieurs suppositoires peptonisées.

Le 10 mai 1883, on employa toutes les précautions antiseptiques; la malade fut endormie avec du bi-chlorure de méthylène, et M Reid pratiqua le premier temps de la gastro-stomie. Il attacha une portion de la face antérieure de l'estomac, de la dimension d'une couronne environ, par un cercle de 16 sutures de catgut à points interrompus. La portion de l'estomac saisie appartenait à la petite courbure juste au-dessous de l'œsophage.

Les points de suture passèrent seulement à travers les parois musculaire et séreuse de l'estomac, sans comprendre les bords du péritoine incisé. Les extrémités de la fistule furent fermées par 5 points de suture semblables; trois artères furent liées au catgut; une plaque de ouate fut appliquée sur la plaie.

Deux faiblesses qu'eut la malade d'abord sur la table d'opération, puis dans son lit, furent dissipées par une injection sous-cutanée d'eau-de-vie.

La température fut alors de 96°2; mais le soir elle monta à 98°4, le lendemain matin 99°4; elle ne dépassa jamais cette limite. Il y eut quelques vomissements dus à l'anesthésie

15 mai. Le pansement fut levé pour la première fois; la plaie était guérie. L'estomac fut alors ponctionné; un cathéter n° 12 fut introduit dans cette ouverture, et on injecta dans l'estomac 5 onces de thé peptonisé. On continua à habituer l'estomac à remplir ses fonctions en alternant de trois heures en trois heures les aliments peptonisés solides et liquides.

Le neuvième jour après l'opération la malade fut montrée aux Membres du District Kent Est de la branche sud-est de l'Association médicale anglaise.

Elle avait gagné deux livres de poids et absorba avec plaisir en public 14 onces de thé mélangé de jus de viande.

Elle alla toujours de mieux en mieux, prenait avant chaque repas de l'huile de foie de morue, et se promenait dans tout l'hôpital qu'elle laissa le 3 août 1883.

Le 3 novembre cette malade était encore fort bien portante.

Observations LXXXVI, LXXXVII

Deux cas de tumeur maligne de l'œsophage. — Gastro-stomie dans un cas. Gastro-stomie incomplète dans l'autre. — Mort. — Autopsie (1).

Premier cas (M. Bartleet). — Richard N..., quarante-cinq ans, fut admis à l'hôpital général de Birmingham le 9 mai 1883. Il se plaint de difficulté dans la déglutition. Depuis septembre 1882, il est obligé de boire souvent pour pouvoir avaler. Depuis six semaines, il ne peut pas avaler d'aliments solides, et à peine quelques liquides. Il n'a jamais vomi ni sang, ni pus.

On ne trouve rien comme antécédents : ni syphilis, ni traumatisme. Une bougie introduite dans l'œsophage ne rencontre l'obstacle qu'à une distance de 11 pouces de l'arcade dentaire. Le malade est très émacié et se plaint d'une douleur dans le sommet du sternum.

M. Bartleet décide de pratiquer la gastro-stomie, le malade demandant qu'on ne le laissât pas mourir de faim. Le premier temps de la gastro-stomie fut pratiqué le 18 mai, d'après la méthode de M. Howse. L'abdomen ayant été ouvert dans la ligne semi-lunaire, un double rang de sutures fut placé pour maintenir en contact l'estomac et le péritoine pariétal. Trouvant une certaine difficulté à placer la rangée externe des sutures, M. Bartleet adopte le plan suivant : un fil fut passé avec une aiguille à chaque extrémité; une aiguille fut passée à travers la paroi externe de l'estomac, et alors, chaque aiguille fut enfoncée verticalement à travers la paroi abdominale, à un pouce de l'extrémité de l'ouverture abdominale; on plaça ainsi 6 sutures et chacune fut attachée autour d'un morceau de sonde élastique. On employa le pansement de Lister.

Il n'y eut pas de vomissements après l'opération.

Des lavements nutritifs furent administrés de quatre heures en quatre heures pendant deux jours. Au bout de ces deux jours on lui donna quelques aliments liquides par la bouche. Le 29 mai (onze jours après l'opération), l'estomac fut ouvert avec un ténotome. A travers

(1) *The Lancet*, Octobre, 1883.

cette ouverture, on injecta avec précaution du lait, des œufs. Les lavements furent supprimés le 7 juin. Pendant un temps, le malade alla si bien qu'à la fin de juin, il pouvait un peu marcher; mais à cette époque, il souffrit beaucoup d'un écoulement continuel de suc gastrique à travers la fistule. Les pourtours de la plaie devinrent douloureux; il maigrit rapidement, bientôt il dut s'aliter, et mourut la dixième semaine après l'opération.

Autopsie. — Rétrécissement squirrheux de l'œsophage sur une étendue d'un pouce à deux pouces et demi de l'estomac.

L'adhérence de l'estomac à la paroi abdominale était solide. La fistule siégeait à un pouce plus près du pylore que du cardia. La muqueuse de l'estomac paraissait saine. Un abcès contenant du pus existait sur le bord supérieur de l'estomac.

Deuxième cas (M. Jolly). — J. L..., cinquante-huit ans, admis à l'hôpital de Birmingham le 26 avril 1883, se plaint d'avaler difficilement sa nourriture. Il a des vomissements, mais sans pus ni sang. Il a rapidement maigri depuis quelques mois. Des bougies ne franchissent pas l'œsophage.

Le premier temps de la gastro-stomie fut exécuté le 15 mai par M. Jolly. L'abdomen fut ouvert dans la ligne semi-lunaire. L'estomac fut suturé à la paroi abdominale. Les fils ne traversaient que sa tunique externe, puis traversaient les bords de l'ouverture abdominale. Le pansement de Lister fut employé. La nourriture fut administrée par le rectum seulement pendant les trente-six premières heures; ensuite on donna par la bouche un peu de lait. Il n'y eut pas de vomissements après l'opération, ni douleurs; seule la soif fut pénible. Pendant trois jours il était visible que le malade perdait ses forces et que sa respiration se faisait mal. Il mourut le 20 au matin, sans que l'estomac eût été ouvert.

Autopsie. — L'autopsie montra un cancer de l'œsophage, presque au niveau du cardia et de la crosse de l'aorte.

Le poumon droit était presque en entier à l'état d'hépatisation grise de la pneumonie.

Observation LXXXVIII

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Guérison. (M. Gill) (1).

Femme de trente-six ans. Rétrécissement de l'œsophage semblant de mauvaise nature, et absolument infranchissable.

Gastro-stomie pratiquée le 6 juillet 1881.

Malade endormie. Spray phéniqué. Incision de 2 pouces de longueur à travers la ligne semi-lunaire, parallèle aux cartilages costaux gauches et distants d'eux d'un demi-pouce. Quelques petites artères furent tordues. Le péritoine fut ouvert de la même grandeur que l'abdomen. La grande courbure de l'estomac fut mise à nu, et la face antérieure de l'estomac, à environ un pouce de la grande courbure, fut suturée à l'abdomen par 13 points de suture de fils d'argent. Après les sutures, la portion d'estomac restant à l'air avait la longueur environ d'un pouce. Le pansement fut fait avec de la ouate salicylée.

10 juillet. Les forces de la malade n'ont pas diminué depuis l'opération. On la nourrit avec des suppositoires nutritifs de Slinger. La malade prend beaucoup de glace. La température qui, le matin de l'opération, était 100° F. fut normale depuis lors.

Ce jour-là, l'estomac fut ouvert par une petite incision en croix faite avec un ténotome. Un tube de caoutchouc y fut introduit, et 4 onces de lait et de viande y furent introduites.

Depuis ce temps, les progrès de la malade furent satisfaisants. Les sutures furent enlevées le 12 juillet. Un tube de caoutchouc est maintenu dans la fistule, et, au moyen d'un entonnoir, on verse les aliments liquides dans ce tube, qui les conduit dans l'estomac.

Trois semaines après l'opération, la malade pouvait se lever.

Le 17 août, elle souffrit d'une dyspnée intense causée en apparence par la pression de la tumeur œsophagienne sur la trachée, mais aussi par le spasme de la glotte. On dut faire la trachéotomie. La malade guérit; mais elle est toujours sous le coup des progrès de son mal.

(1) *The Lancet*, 3 décembre 1881.

Observation LXXXIX

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort au septième jour.

(M. Gill) (1).

Mme S..., soixante-six ans. Rétrécissement malin infranchissable. Gastro-stomie le 4 octobre 1882; la malade, qui avait refusé l'opération jusqu'alors, était très faible. Les temps de l'opération sont les mêmes que dans l'observation précédente. Cependant, l'incision fut un peu moins longue, et on ne fit que 8 sutures. L'incision de l'estomac, qui fut rectiligne, ne fut faite que le quatrième jour. Mais les suppositoires et les lavements nutritifs ne furent pas retenus, et la malade mourut de faiblesse le septième jour.

Autopsie. — Pas de péritonite. La bouche stomacale était située sur la face antérieure de l'estomac, à un pouce environ de la grande courbure et à quatre pouces du pylore.

Observation XC

Rétrécissement traumatique de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Guérison.

(M. Thomas Jones.)

Marie N..., dix-neuf ans, entre à l'hôpital royal de Manchester le 5 mars 1881. L'année dernière elle a avalé par mégarde une cuillerée à dessert d'acide nitrique. Immédiatement après, elle ressentit une grande difficulté pour avaler avec une douleur intense, qui s'étendait jusque dans l'estomac.

Cette malade fut négligée, et dans certains moments elle pouvait avaler la viande, comme d'autres fois, elle ne pouvait pas avaler la salive. L'émaciation fit des progrès rapides.

A la fin de 1880, elle vit M. Bradley à l'hôpital de Manchester. Le traitement lui apporta quelque amélioration. Mais le mal revint.

(1) *The Lancet*, 3 décembre 1881.

Le 8 mars, c'est à grand peine qu'on pouvait franchir le rétrécissement avec une très petite bougie. Le 22 mars, le rétrécissement devint infranchissable. Il fallut recourir aux lavements nutritifs.

Pendant le mois d'avril, elle put avaler quelques liquides; mais elle prenait en même temps des lavements nutritifs. En mai, elle devint incapable de quitter son lit. Comme l'étendue du rétrécissement était incertain, et qu'il pouvait s'étendre sur une longue étendue, on décida la gastro-stomie.

M. Thomas Jones en pratiqua le premier temps le 14 mai 1882. Sommeil anesthésique. Spray phéniqué. Incision curviligne de quatre pouces de longueur, à partir du septième espace intercostal gauche et à environ un pouce et demi du rebord costal.

Les muscles abdominaux furent incisés. Les artères furent liées, et le péritoine fut ouvert. Le petit bord de l'estomac apparut et le doigt, introduit à travers l'ouverture, tomba sur le lobe gauche du foie. On fixe l'estomac près des bords de la plaie abdominale au moyen de deux fils phéniqués. On suture en affrontant les deux feuillets du péritoine par neuf catgut.

La malade fut ensuite nourrie par des lavements. Temp. 97° F.

Le 16, elle se plaint de tiraillements aux environs de la plaie. Température 98°. Pouls 78, petit.

Le 19, elle était bien, température normale, pouls 80°. On lève le pansement, qui n'avait pas encore été touché. Les adhérences sont parfaites. On perfore l'estomac avec un ténotone. A travers l'ouverture située au centre de la portion visible, on introduit une petite sonde. Elle fut laissée en place, enfoncée environ d'un pouce dans l'estomac.

La plaie est pansée à l'huile phéniquée. Aussitôt après cette opération, on verse dans l'estomac trois onces de lait; on glisse autour de la sonde un tube en caoutchouc terminé par un embout en verre, qui servit à la nutrition. Quelques lavements sont encore donnés..

Le 20, la patiente est très bien. Temp. 96°8, à huit heures 97°8. Injection dans l'estomac d'une demi-once de lait peptonisé.

Le 21, temp. 97°8 F, à huit heures du matin, 96°8. Quatre fois dans la journée, injection d'une once de lait.

Il y a un peu de lymphe épaisse sur la portion visible de la paroi stomacale. Pas de douleur ni de tension autour de la plaie. La sonde est retirée; on met à sa place un tube en caoutchouc n° 4, qu'on introduit facilement; quelques rares lavements peptonisés.

22. Pansements. Température normale. Quatre demi-pintes de lait. Un lavement peptonisé.

23. Temp. 97° F matin, 98° soir. Pansement. La sonde est retirée pour n'être introduite qu'au moment de l'injection de la nourriture.

24. Pansement. On nettoie la surface visible de l'estomac; pas de régurgitation à travers la bouche stomacale.

25. On enlève les sutures. Comme on a eu un peu de difficultés pour introduire la sonde, on l'y laisse. La malade dit que la faim qu'elle éprouvait est calmée par l'injection de lait dans l'estomac. Elle peut avaler sa salive sans trop de difficultés. La sonde est remplacée par un tube en baleine qu'on introduit plus facilement. Ce jour-là, grande élévation de température due à un violent mal de dents.

27. Le mal de dents est passé. Temp. 98°. On fit, sur la surface bourgeonnante de l'estomac, deux plaques de greffe épidermique. On administre trois pintes de lait et six lavements dans les vingt-quatre heures.

L'amélioration augmenta progressivement. La malade recouvra son poids.

Suivant sa promesse, elle revint à l'hôpital à la fin de septembre. Belle apparence; son poids a augmenté de 8 livres depuis le mois d'août.

La nourriture consistant en lait est introduite par la fistule stomacale sans qu'il y ait régurgitation.

Observation XCI

Gastro-stomie. — Mort le cinquième jour de péritonite (1).

(M. Gould.)

M. Gould pratique d'abord le premier temps de la gastro-stomie; une dyspnée intense nécessite la trachéotomie.

L'estomac ne fut ouvert que le huitième jour après la première opération. Les aliments furent injectés dans l'estomac plusieurs fois par jour. Le malade mourut de péritonite cinq jours après. A l'autopsie, on vit que les adhérences étaient fermes entre l'estomac et l'abdomen. On ne put pas découvrir la cause de la péritonite. Peut-être avait-on introduit les aliments trop tôt et trop abondamment.

(1) *The Lancet*, 14 octobre 1882.

Observation XCII

Cancer du cardia. — Gastro-stomie. — Guérison (1).

(M. Jackson.)

Homme d'un âge moyen; cancer du cardia. Gastro-stomie pratiquée en deux temps le 20 juillet 1882. L'estomac fut ouvert cinq jours après la première opération suivant une ligne droite. Le malade va bien depuis; il est nourri par l'estomac et par le rectum; le 29 juillet 1882, c'est-à-dire neuf jours après l'opération, il était en très bon état.

Observation XCIII

Cancer de l'œsophage. — Gastro-stomie. — survie de plus de huit semaines.

(Rapportée dans ces termes par M. Bryant.)

Observation XCIV

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie par Kraske le 19 décembre 1880. — Pansement de Lister. — Mort 32 heures après l'opération.

Observation XCV

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort au quatorzième jour à la suite de perforation de l'œsophage dans les bronches.

Observation XCVI

Rétrécissement de l'œsophage d'origine inconnue. — Guérison. — Le malade vit dix mois après l'opération et se trouve en parfait état.

(Tredelemburg) (2).

(1) *The Lancet*, 29 juillet 1882.

(2) M. Gould, *The Lancet*, 14 octobre 1882.

Observations XCVII et XCVIII

Scœhnborn a pratiqué récemment deux gastro-stomies. Dans les deux cas, les malades sont morts.

Observation XCIX

Gastro-stomie (1) chez un homme atteint de rétrécissement infranchissable de l'œsophage. L'estomac fut ouvert le troisième jour après le premier temps de l'opération sans aucune difficulté, car la membrane muqueuse était plissée et séparée des tuniques musculaire et séreuse. Le ténotome avait d'abord été introduit jusqu'au manche avant de faire l'incision. Le malade mourut quarante-huit jours après l'opération, de faiblesse. Les adhérences étaient parfaites. Pas de péritonite.

Observations C et CI

M. Howse (*The Lancet*, 9 avril 1881) dit qu'il a pratiqué deux fois la gastro-stomie dans des cas de cancer de l'œsophage. Un opéré survécut cinq semaines; l'autre sept mois.

Observation CII

M. Davies-Tobley rapporte deux cas personnels de gastro-stomie. L'un fut fatal aussitôt après l'opération pour cause de gangrène du poumon.

Observation CIII

L'autre cas est celui d'une femme d'environ trente ans, qui avait une ulcération de l'œsophage. Le passage des sondes et des aliments

(1) *Centralblatt für chirurgie*, 1880, n° 14.

solides ou liquides était impossible. Le chirurgien fit l'opération en deux temps; il nourrit sa malade huit mois par sa fistule. L'ulcération de l'œsophage guérit, comme le prouvèrent de nombreuses régurgitations d'aliments à travers l'œsophage.

Observation CIV

Le 21 juillet 1882, sir William Mac Cormac pratiqua la gastrostomie en deux temps à Hackney, sur un homme de cinquante-cinq ans qui avait un rétrécissement malin de l'œsophage. Précautions antiseptiques. L'estomac ne fut ouvert que le quatorzième jour. La température ne dépassa pas 98° F. et le pouls 80. Le patient fut nourri pendant quinze jours de sang défibriné. Il guérit sans aucun accident, se leva le seizième jour après l'opération.

Actuellement (19 août 1882) il est fort bien nourri par sa fistule.

Observation CV

M. Thomas Bryant lit à la Société médicale de Londres (1) un rapport sur un cas de gastro-stomie suivie de succès. Le patient était un homme de cinquante-cinq ans, malade depuis longtemps; par suite d'un rétrécissement sans doute cancéreux de l'œsophage, il ne peut rien avaler.

La gastro-stomie fut pratiquée le 3 décembre 1881 et l'estomac ouvert suivant les conseils de M. Howse. Il n'en résulta rien de fâcheux, et ce jour (15 avril 1882), quatre mois après l'opération, le malade est en pleine convalescence.

M. Bryant attribue son succès à la division de l'opération en deux temps et à la petite ouverture de l'estomac. Il ajoute avoir opéré trois fois de cette façon. Un opéré vécut soixante-six jours et mourut de propagation cancéreuse aux viscères.

Un autre vit encore vingt mois après l'opération.

Le troisième est le cas que nous venons de relater.

(1) 15 avril 1882.

Observation CVI

Gastro-stomie pour un rétrécissement cancéreux. — Mort le onzième jour.

(Dr G. H. Hume).

J. H... laboureur, cinquante-sept ans, éprouve depuis onze mois des difficultés croissantes dans la déglutition de ses aliments. Le passage des sondes devint bientôt impossible. A son entrée à l'hôpital, le 3 août 1882, il ne pouvait que fort difficilement avaler les liquides. La sonde œsophagienne était arrêtée au niveau du milieu du sternum.

Incision de trois pouces de long, à un pouce du bord des côtes gauches; sa direction était telle que son extrémité venait aboutir à la dixième côte. Les muscles abdominaux furent incisés jusqu'au péritoine, les hémorrhagies furent arrêtées et le péritoine fut incisé sur une sonde cannelée. L'estomac, qui fut de suite trouvé sous le bord gauche du foie, fut saisi entre le pouce et l'index, et un fil fut passé à travers dans le but de le maintenir à l'ouverture pendant qu'on poserait les sutures. On mit neuf sutures qui embrassaient une portion d'estomac de la dimension d'un schilling. Les sutures ne furent passées qu'à travers les couches séreuse et musculaire de l'estomac; puis elles traversaient toute la paroi abdominale, après avoir adossé les feuillets pariétal et viscéral du péritoine. Les extrémités de l'incision furent réunies.

L'opération fut faite sous le spray phéniqué.

L'éther fut donné à la place du chloroforme. On le regretta, car c'est là sans doute la cause de l'irritation du catarrhe bronchique dont souffrait déjà le malade.

3 Septembre. Exacerbation du catarrhe bronchique; bonne nuit cependant. Temp. 100° F. pouls, 86. On continue les lavements nutritifs et les suppositoires.

5 Septembre. Le malade se plaint de la faim et de la soif. La dyspnée a un peu diminué. Temp. 99°, pouls 82.

6 Septembre. En enlevant le pansement, on voit la portion d'estomac découverte couverte de lymphe et la réunion semble complète aux bords de l'incision. L'estomac est alors ouvert avec un ténotome,

juste assez pour admettre un tube de gomme élastique n° 10. Un peu de lait est injecté dans l'estomac au moyen d'un entonnoir et le tube est attaché à la sonde. On administre comme nourriture du lait, de l'eau-de-vie, du jus de viande, à intervalles réguliers, et on continue les lavements.

7 Septembre. Bonne nuit, Temp. 99°, pouls 80.

9 Septembre. Dyspnée revenue. Facies abattu. Yeux hagards.

13 Septembre. Mort.

Autopsie. — Grande maigreur; loge gauche du poumon un peu gangréné; lobe droit un peu moins atteint.

Au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, tumeur squirrheuse de l'œsophage. L'estomac est adhérent aux bords de l'incision. Il n'y a aucune trace d'inflammation.

Observation CVII

Carcinome de l'œsophage avec extension aux amygdales et au pharynx. — Gastro-stomie. — Morts soixante-douze heures après d'épuisement (1).

Le 4 octobre 1882, M. Francis Masson pratiqua le premier temps de la gastro-stomie, à l'hôpital Saint-Thomas, sur un homme de soixante ans, atteint d'un carcinome de l'œsophage avec extension à l'amygdale gauche et au pharynx.

Une incision d'environ deux pouces et demi de longueur fut faite parallèlement aux cartilages costaux gauches, à une distance d'un pouce de leur bord. Son extrémité atteignait presque la neuvième côte. Les muscles de la paroi abdominale furent incisés jusqu'au péritoine, qui fut ouvert avec soin. L'index et le pouce de la main gauche furent introduits dans la plaie, et, guidés par le lobe gauche du foie, saisirent l'estomac qui fut amené à l'extérieur. Avant l'ouverture du péritoine, on avait scrupuleusement arrêté les hémorrhagies. Le feuillet pariétal du péritoine fut exactement mis en contact avec le feuillet viscéral de l'estomac, et les deux surfaces furent maintenues en contact par des fils phéniqués passés à travers toute la paroi abdominale, et à travers les tuniques musculaire et séreuse de l'esto-

(1) *The Lancet*, 14 octobre 1882.

mac. Deux autres sutures profondes furent placées pour fermer les extrémités de l'ouverture abdominale, en ayant soin d'y comprendre les feuillets du péritoine. A la fin de l'opération, on passa un point de suture à travers l'épaisseur totale de l'estomac. Le fil fut laissé dépassant la plaie pour guider dans la prochaine ouverture du viscère. Quelques autres sutures superficielles furent placées pour suturer la peau de l'ouverture abdominale. Le tout fut fait sous le spray phéniqué et avec les plus grandes précautions antiseptiques. Le malade passa bien le reste de la journée et la nuit suivante. Mais le lendemain, il eut le hoquet qui lui donna de forts tiraillements dans les environs de la plaie. Il prit ce jour-là de la glace ; sur sa demande, un peu de thé par la bouche et des lavements nutritifs. Il eut aussi quelque difficulté à respirer; mais la température fut normale.

Le troisième jour, la température monta à 101° F. et la respiration devint si pénible qu'il fallut pratiquer *in extremis* la trachéotomie. M. Duncan, interne dans la maison, fit cette opération, qui soulagea le malade. Mais deux ou trois heures après, il mourut d'épuisement, soixante-douze heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva déjà une légère adhérence entre les feuillets du péritoine. Pas de péritonite.

Remarque. — Le malade avait été endormi avec l'éther; ce qui peut un peu expliquer sa dyspnée; il présenta aussi quelques symptômes d'empoisonnement par l'acide phénique, comme le démontre son urine.

Observation CVIII (Inédite) (1).

Gastro-stomie. — Epithélioma de l'œsophage. — Mort.
(M. le professeur Lanelongue, de Bordeaux).

B..., quarante-six ans, terrassier, entre dans le service du professeur Lanelongue, le 9 novembre 1882.

Alcoolisme. On tente la dilatation progressive, puis la gastro stomie, le 2 décembre 1882. Mort le 4 décembre au matin.

Autopsie. — Epithélioma siégeant au niveau du cartilage thyroïde et fistule œsophago-trachéale.

(1) Due à l'obligeance de M. le Dr Courtin, chef de clinique chirurgicale.

Observation CIX

Cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée. — Gastro-stomie. — Mort dix-neuf heures après l'opération.

(M. Berger. Résumé) (1).

Le nommé Fougellas (Claude), quarante-cinq ans, entre le 23 janvier 1883 dans le service de M. Bernutz, suppléé par M. Barth, salle Saint-Louis, n° 25.

Pas de syphilis. Alcoolisme.

Dysphagie remontant à trois mois et demi; le début en a été spontané; la gêne de la déglutition a augmenté progressivement.

A son entrée à l'hôpital, Fougellas ne peut déglutir que les aliments liquides; au moment du troisième temps de la déglutition, sensation de brûlure, à gauche du sternum, à peu près à la hauteur du cardia.

Pas de vomissements. Régurgitation et expectoration spumeuse, sans filet de sang.

Emaciation progressive, mais pas de teinte cachectique.

Si on pratique le cathétérisme, l'olive la plus petite est arrêtée par un obstacle très dur, à 25 centimètres des dents. Lavements de peptone.

Le malade passe dans le service de M. Berger le 12 février.

Gastro-stomie le 16 février.

Précautions antiseptiques. Chloroforme.

Incision de 5 centimètres, parallèle au bord de la huitième côte, à un travers de doigt au-dessous. Section du feuillet externe de la gaîne du droit de l'abdomen, puis de ce muscle. Une artériole est liée. Incision du transverse. Le péritoine mis à nu n'étant pas découvert sur un assez vaste espace, l'incision est agrandie.

Le péritoine, découvert sur une étendue de quatre centimètres et demi, est incisé avec des ciseaux; on saisit les bords de cette boutonnière avec des pinces à forcipressure.

On constate alors au fond de la plaie la présence de la face convexe du foie et de son bord antérieur; il est relevé et l'estomac est mis à nu; il est saisi, fixé par deux épingles à tête de verre qui traversent

(1) Société de chirurgie. 14 mars 1883.

toute l'épaisseur du repli gastrique; puis douze points de suture sont placés : deux aux angles interne et externe, dix sur les lèvres supérieure et inférieure de la plaie. Ces points passés avec des aiguilles chargées de fils de soie phéniquée, comprennent les aponévroses et les muscles, le péritoine, toute l'épaisseur de la paroi gastrique. Puis l'estomac est incisé couche par couche entre les épingles ; une artériole de la paroi doit être liée. On fait ainsi une boutonnière de deux centimètres environ, qui ne laisse échapper ni gaz, ni aucun liquide, et on réunit la muqueuse gastrique qui borde cette ouverture à l'aponévrose du transverse au moyen de quatre points de suture, en la renversant ainsi à l'extérieur.

Une sonde de Faucher du plus gros calibre est introduite dans la plaie qu'elle remplit complètement; elle est fixée à la paroi avec un fil et fermée avec un presse artère. Mince couche d'iodoforme sur la plaie; gaze de Lister iodoformée autour du tube, puis gaze de Lister, makintosh, ouate, bandage de corps en flanelle.

A une heure, ingestion d'un quart de verre de vin de Champagne coupé avec un demi-verre d'eau glacée; immédiatement, il y a des efforts assez pénibles de vomissements ; cinq minutes après, seringue de bouillon mêlé à une demi-cuillerée de poudre de viande. Bien supporté. Glace dans la bouche.

A cinq heures, un peu d'agitation calmée par une petite injection de morphine; à six heures une seconde seringue de bouillon est bien supportée; à minuit pouls petit et irrégulier. Le malade s'affaiblit.

Mort à trois heures du matin dans le collapsus, dix-neuf heures après l'opération.

Autopsie. — Pas de péritonite. L'estomac est fixé à la paroi, près de son extrémité pylorique, par des adhérences récentes, déjà très solides.

Dégénérescence cancéreuse de la partie inférieure de l'œsophage sur une étendue de 4 à 5 centimètres.

Au-dessus, dilatation de l'œsophage; ulcération faisant communiquer l'œsophage avec la trachée à 2 ou 3 centimètres au-dessus de sa bifurcation.

Observation CX

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastro-stomie. — Mort au quatrième jour.

(M. Lucas-Championnière).

Homme, vingt-cinq ans, entre à l'hôpital le 22 mai 1883 ; a avalé une fiole d'acide chlorhydrique. Toute la muqueuse de l'estomac paraissait avoir été prise, car peu de jours après, il rendit un tube de muqueuse œsophagienne de 12 centimètres de long. Il s'émacia rapidement, maigrit de 70 livres depuis le mois de mai. A l'auscultation, on trouve des cavernes pulmonaires.

Au premier examen, on passe une bougie de baleine jusque dans l'estomac. L'injection des aliments fut plus facile après ce cathétérisme. Mais le rétrécissement redevint infranchissable, la toux augmenta, l'urine devint rare.

La gastro-stomie fut pratiquée le 21 août 1883. 17 points de suture en crin de Florence.

Chloroformisation difficile à cause de la tendance à la dyspnée et à l'asphyxie.

Opération sans difficultés. Deux heures après, le malade ingéra un grog et différentes boissons, grand soulagement. L'état général s'améliora.

La toux persiste cependant, l'oppression augmente et la mort arrive le quatrième jour.

Autopsie. — L'autopsie révèle un œsophage rétréci dans toute sa longueur, ulcéré en plusieurs points.

En un point de la seconde vertèbre dorsale, une ulcération pénètre dans une poche qui s'étend autour de l'œsophage et communique dans le poumon droit avec une cavité contenant pus et aliments. Elle communique aussi avec la bronche. Pas de tubercules. La bouche stomacale est très rapprochée du pylore, quoique l'incision eût été faite sous les fausses côtes gauches.

Observation CXI

Cancer annulaire de la partie inférieure de l'œsophage. Rétrécissement. Gastro-stomie.

(M. Le Fort) (1).

Homme, soixante-dix-huit ans, sans antécédents morbides, qui après avoir commencé à éprouver des douleurs assez vives, dès le mois de septembre de l'année dernière (1882), dans la région épigastrique, douleurs qui rayonnaient vers l'épaule droite, avait vu, au mois de janvier dernier, la déglutition devenir assez difficile. Trois mois plus tard, le passage des aliments solides n'était plus possible. Il y a deux mois, les petites olives pouvaient encore parcourir l'œsophage dans toute sa longueur. Mais depuis quelques temps, tout passage devint impossible. Le malade commença alors à souffrir de la faim et à maigrir.

L'opération de la gastro-stomie fut pratiquée, il y a quinze jours. L'incision, longue de 3 à 4 centimètres environ, fut faite à 1 centimètre du rebord des côtes et à 3 centimètres de l'appendice xyphoïde. On arriva ainsi sur le petit lobe du foie, au-dessous duquel on trouve l'estomac. Chemin faisant, le chirurgien dut reporter son incision un peu plus sur la ligne médiane, à 1 centimètre et demi environ du rebord des côtes. On arriva ainsi sur le muscle droit de l'abdomen, qui fut sectionné en travers; puis sur le péritoine, qui fut également incisé, après avoir eu soin de placer aussitôt une aiguille de chaque côté de l'incision pour le retrouver facilement au moment voulu.

Enfin l'estomac fut trouvé, assez rétracté. Le saisissant alors avec des pinces plates, M. Le Fort l'attira vers la peau et l'embrocha avec une aiguille pour l'empêcher de retomber dans la cavité péritonéale; puis il sutura le feuillet pariétal du péritoine avec celui qui double l'estomac. Puis on posa des points de suture séparés les uns des autres, sauf à la partie inférieure. L'estomac et le péritoine étaient donc pris dans ces points de suture. L'estomac fut alors ouvert et on plaça des points de suture superficiels destinés à ourler la muqueuse stomacale tout au tour de la plaie cutanée. Par crainte des mouvements péristaltiques dangereux pour la solidité des adhérences, on différa d'injecter des aliments dans l'estomac immédiatement.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 7 août 1883.

Le malade acheva bien la journée. Mais le lendemain il était refroidi, et vingt-quatre heures après l'opération, il mourait.

Autopsie. — Les adhérences étaient déjà solides, pas de péritonite. Lésion cancéreuse annulaire, obturant entièrement la lumière de l'œsophage à sa partie inférieure.

Observation CXII (Personnelle et inédite).

Le nommé Aumaliey (André), soixante ans, cantonnier, entre à l'hôpital Saint-André le 22 octobre 1883. Il est admis salle 10, lit n° 7, dans le service de M. le Dr Demons.

Cet homme n'a eu aucune maladie dans le cours de son existence, si ce n'est une blennorrhagie pendant son service militaire. Son père est mort d'apoplexie. Sa mère est morte à soixante ans d'une maladie que nous ne pouvons connaître. Ses frères et ses sœurs sont bien portants.

Cet homme est alcoolique; ses artères sont athéromateuses.

Il raconte que vers le mois d'août dernier, il s'aperçut qu'il avalait moins facilement que d'habitude. Peu à peu, cette difficulté s'accentua et il souffre réellement depuis deux mois, époque depuis laquelle il ne peut plus avaler d'aliments solides. Pendant ce temps, il y avait des moments où il pouvait déglutir. D'autres fois, dit-il, le conduit était fermé et tout ce qu'il tâchait d'avaler revenait par régurgitation. Il n'a jamais vomi, n'a jamais eu de diarrhées.

Il déclare ne souffrir d'aucune part; cependant, il a beaucoup maigri jusqu'à présent.

Examen. — La palpation abdominale, la percussion de la région thoracique en avant et en arrière, ne décèlent absolument rien. A l'auscultation on entend de gros râles crépitants et du frottement pleural.

En effet, ce malade tousse beaucoup; il crache avec difficulté. Mais à chaque quinte de toux il rejette en abondance un liquide vert, fétide, semblable au liquide des malades atteints de dilatation des bronches.

Le 23 au matin, le Dr Demons tente le cathétérisme; le plus petit numéro des olives ne peut pas franchir le rétrécissement. Dès qu'on retire la sonde, il rejette un flot de liquide semblable à celui que nous décrivons plus haut. Ce liquide est supposé venir de la poche œso-

phagienne, qui serait située au-dessus du rétrécissement. L'obstacle semble être presque au niveau du cardia.

Pendant trois jours, le malade ne peut absolument rien avaler. Il se contente de laisser fondre dans sa bouche des pastilles de menthe. Il y avait déjà six jours que cet état existait avant l'entrée du malade; aussi est-il beaucoup affaibi.

La toux sèche, saccadée et fréquente, continue. L'expectoration est la même. L'auscultation révèle toujours les râles et les frottements. Deux lavements de peptone sont administrés dans la journée. Après quelque hésitation, vu les accidents pulmonaires, M. Demons se décide à pratiquer la gastro-stomie. Le malade, du reste, fort résigné, demandait avec instance qu'on tentât quelque chose pour le nourrir.

L'opération est pratiquée le 26 octobre, à trois heures et demi du soir.

Température du malade, 38°5.

Pouls, 124° faible. Légère cyanose. Gêne respiratoire.

Spray phéniqué et toutes les précautions antiseptiques sont prises.

Incision suivant le précepte de M. Labbé; chemin faisant, deux artérioles sont liées au catgut. Le péritoine est incisé avec des pinces et des ciseaux. Les intestins s'affaissent alors brusquement. Le premier viscère qui apparaît, c'est le colon transverse.

M. Demons l'abaisse légèrement; trouve immédiatement au-dessous l'estomac, facilement reconnaissable à la couleur de sa paroi. Saisi avec une pince, il est attiré au dehors, suturé aux parois abdominales par une quinzaine de fils de soie très fins. L'affrontement des deux feuillets du péritoine est exactement pratiqué. L'estomac est ouvert ensuite, et immédiatement on introduit dans la fistule une sonde en caoutchouc rouge par laquelle on injecte dans l'estomac du rhum, du lait.

Le malade se réveille dans un état de faiblesse extrême. Il est pris d'une syncope, qu'on ne dissipe qu'à grand peine. Il est reporté dans son lit, où il pousse le dernier soupir.

Autopsie. — Rétrécissement fibreux au niveau du cardia.

La fistule était située sur la face antérieure de l'estomac, au niveau de la grande courbure.

Le poumon droit tout entier était à l'état d'hépatisation.

CONCLUSIONS

La gastro-stomie, ou bouche stomacale, peut être pratiquée dans les cas de rétrécissement fibreux ou cancéreux de l'œsophage.

Dans les deux cas, elle devra être pratiquée de bonne heure, dès que le malade ne pourra plus s'alimenter d'une façon suffisante. Cependant, dans les rétrécissements fibreux, on sera autorisé à la pratiquer, même *in extremis*. On a encore quelque chance de succès.

Dans les rétrécissements cancéreux, on ne sera autorisé à la pratiquer que lorsque le malade est encore vigoureux, n'est pas encore en proie à la cachexie, et dès que le rétrécissement n'est plus franchissable par une quantité suffisante d'aliments. La gastro-stomie est contre-indiquée par les complications viscérales ou pulmonaires.

C'est une opération facile comme manuel opératoire, et qui, dans son exécution, ne présente rien qui puisse faire reculer le chirurgien.

Le meilleur mode d'incision est celui recommandé par le Dr Labbé et mis en honneur par le professeur Verneuil. L'incision de l'estomac devra, quand l'état du malade le permettra, être ajournée jusqu'à ce que les adhérences

soient parfaites, c'est-à-dire, environ jusqu'au septième jour après l'ouverture abdominale. Elle devra être d'aussi petite dimension que possible.

L'alimentation devra être immédiate, c'est-à-dire suivre immédiatement l'ouverture de l'estomac, et augmentée progressivement.

Vu bon à imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr DENUCÉ.

Vu : le Doyen,
Dr DENUCÉ

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
H. OUVRÉ

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : Des nerfs de l'œil.
Physiologie : De la rigidité cadavérique. — De la persistance de contractilité musculaire après la mort.
Chimie : Analyse ultime des matières organiques, ses applications à la statique chimique des êtres vivants.
Histoire naturelle : Qu'est-ce-que le règne des protistes ?
Pathologie externe : De la conicité des moignons d'amputation.
Pathologie interne : De la péritonite par propagation.
Pathologie générale : De l'anémie locale.
Histologie et anatomie générale : Structure des parties constituantes de l'œil.
Anatomie pathologique : Des tumeurs d'origine conjonctive.
Médecine opératoire : De l'amputation de la verge.
Pharmacologie : Des sucs végétaux.
Matière médicale : Médicaments purgatifs : drastiques, salins, huileux, etc.
Thérapeutique : Médication substitutive.
Hygiène : De la Trichinose.
Médecine légale : Procédés généraux de l'expertise pour l'examen anatomique et chimique des viscères dans les cas d'empoisonnement.
Accouchements : Des lésions du périnée produites par l'accouchement.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. Bellier et Cie, 16, rue Cabirol